

Faculté de santé publique

**Impact d'une concertation
interprofessionnelle palliative
aux soins intensifs sur
la satisfaction et le sens au travail
du personnel infirmier**

**Étude de cas aux soins intensifs
du CHRSM site Meuse**

Mémoire réalisé par
Marion Dumort

Promotrice
Pre Isabelle De Brauwer

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

**Impact d'une concertation
interprofessionnelle palliative
aux soins intensifs sur
la satisfaction et le sens au travail
du personnel infirmier**

**Étude de cas aux soins intensifs
du CHRSM site Meuse**

Mémoire réalisé par
Marion Dumort

Promotrice
Pre Isabelle De Brauwer

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

A travers ces quelques lignes, je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont aidée à l'élaboration de mon mémoire, mais aussi tout au long de ce master.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma promotrice, Professeure De Brauwer, pour ces précieux conseils, sa bienveillance et ses encouragements qui m'ont permis d'avancer sereinement tout au long de la rédaction de ce mémoire. Je tiens également à exprimer ma gratitude envers Hélène Garin, dont les conseils pertinents m'ont guidée à des moments clés de cette recherche.

Mes remerciements vont également envers mes lecteurs, Madame Bourmorck et Monsieur Smith, qui ont accepté de participer à l'évaluation de ce travail et dont l'expertise dans ce domaine de recherche est une richesse pour moi.

Ensuite, je tiens à remercier mon partenaire de cours, de boulot et de vie : Mathieu. Réaliser ce master en couple était un sacré challenge, mais aussi une belle aventure ! Alors merci de m'avoir soutenue lors des nombreux moments de doute et encouragée lors des périodes de blocus et d'examens. La réussite de ce master, elle est en grande partie grâce à toi.

Un merci tout particulier à mes parents, qui ont été d'un soutien sans faille durant toute ma scolarité. Merci à ma famille, ma belle famille et mes amis, vos encouragements ont été une force tout au long de cette reprise d'étude ! J'adresse notamment un très grand merci à Béatrice, belle-maman experte en orthographe, d'avoir pris le temps de relire et corriger mon mémoire.

Je tiens également à remercier tous mes collègues et principalement ceux qui se sont portés volontaires pour participer aux entretiens dans le cadre de cette recherche : sans vous ce mémoire n'aurait pas vu le jour !

Enfin, un merci et surtout un grand bravo à France, Agnès, Annik et Catherine pour l'élaboration et la réussite de ce beau projet qu'est le « tour de soins continus » !

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Liste des abréviations

CHRSM : Centre Hospitalier Régional Sambre et Meuse

EMASC : Equipe Mobile d'Accompagnement et Soins Continus

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (Kenniscentrum)

PICT : Palliative Indicators Care Tool

SIAMU : Soins Intensifs et Aide Médicale Urgente

USI : Unité de Soins Intensifs

A noter que pour la rédaction de ce mémoire, le terme :

- « infirmier » = infirmier et infirmière
- « soignant » = soignant et soignante,
- « médecin » = une femme et un homme médecin,
- « réanimateur » ou « intensiviste » = un médecin spécialisé dans le domaine des soins intensifs, qu'il soit homme ou femme.

Table des matières

Introduction	1
Cadre théorique.....	3
I. L'univers des soins intensifs	3
A) La fonction des soins intensifs.....	3
B) La fin de vie aux soins intensifs.....	3
C) L'importance du projet thérapeutique	5
D) L'intérêt d'une collaboration interprofessionnelle.....	6
II. Les soins palliatifs	7
A) Définition.....	7
B) Les soins palliatifs aux soins intensifs.....	8
1) L'approche primaire des soins palliatifs	9
2) L'approche spécialisée des soins palliatifs.....	10
3) L'approche mixte	11
III. La place de l'infirmier	12
A) Définition de l'art infirmier	12
B) La satisfaction et le sens liés au travail pour les soignants.....	12
1) La satisfaction au travail	12
2) Le sens lié au travail.....	15
Méthodes.....	17
I. Contextualisation	17
II. Type de méthode.....	19
III. Méthode de collecte des données	19
A) Outils.....	19
B) Cadre de l'étude	20
C) Stratégie d'échantillonnage et de recrutement.....	21
IV. Analyse des données.....	22
V. Considérations éthiques.....	23

Résultats	24
I. Description de l'échantillon	24
II. Analyse thématique	27
Une collaboration interprofessionnelle qui apporte une plus grande cohérence dans les soins.....	28
A) Le « tour de soins continus » : une concertation formelle, centrée sur le patient et ses proches	30
B) Le PICT : une opportunité pour initier la réflexion sur les besoins des patients	33
C) Une communication améliorée entre tous les acteurs.....	34
D) L'émergence d'une collaboration interprofessionnelle : le point de vue infirmier mieux pris en considération	35
Discussion	37
I. Une amélioration de la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire, source de satisfaction au travail	38
II. Une démarche porteuse de sens, qui améliore la cohérence dans les soins	41
III. Forces et limites de cette étude	44
Conclusion	46
Perspectives.....	48
Bibliographie	49
Annexes	54
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	55
Annexe 2 : L'échelle PICT.....	58
Annexe 3 : Résultats du questionnaire réalisé en mai 2023.....	61

Liste des figures et tableaux

Tableau 1 Comparaison entre une logique de la professionnalisation et une logique de la collaboration interprofessionnelle selon D'Amour (1997)	6
Figure 1 Continuum des soins palliatifs	9
Tableau 2 Récapitulatif des caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon.....	25

Introduction

Les traitements dispensés en unité de soins intensifs visent principalement à préserver, maintenir ou améliorer les fonctions vitales du patient (Guay et al., 2011). Pour ce faire, des techniques de soins lourdes et invasives sont mises en place, afin de pallier aux défaillances organiques liées à la gravité des pathologies rencontrées (Boles et Jousset, 2011). Néanmoins, le vieillissement de la population et la complexité, voire l'irréversibilité, de certaines situations cliniques entraînent le décès d'environ un patient sur dix dans ce type de service (Bruyneel et al., 2022), dont la majorité auront lieu après des décisions médicales de limitation thérapeutique (Gardaz et al., 2011).

Dans ce contexte, l'univers des soins intensifs est source de stress pour les patients, leur famille, mais également les soignants qui y travaillent (Ricou and Merlani, 2012). En effet, les professionnels de la santé exerçant aux soins intensifs sont confrontés à de nombreux dilemmes éthiques, les obligeant à réfléchir quotidiennement aux traitements et projets thérapeutiques les plus adaptés à proposer pour chacun de leurs patients (Chahraoui et al., 2011). De plus, les spécificités liées à la fin de vie sont reconnues comme facteurs de tension et d'épuisement professionnel parmi le personnel infirmier travaillant en USI (Embriaco et al., 2007; Gardaz et al., 2011). L'incertitude de pronostic et la lourdeur des situations des patients chroniques peuvent également entamer le moral de ces professionnels de la santé (Ricou et Merlani, 2012).

Travailler dans cet univers n'est donc pas sans risque pour le bien-être émotionnel du personnel soignant. Dès lors, il est nécessaire de trouver un sens à ce travail difficile, mais lorsque ce sens commence à manquer, cela peut entraîner de la souffrance et une insatisfaction au travail, pouvant entraîner une fuite du personnel infirmier (Piers et al., 2011). Or, le secteur subit une pénurie de personnel infirmier, qui s'est accentuée depuis la pandémie de Covid-19, et les perspectives ne sont guère rassurantes : selon une étude du KCE de 2022, près d'un infirmier sur deux (43,9%) aurait déclaré avoir l'intention de quitter son emploi (Van den Heede, et al., 2022).

Ainsi, il semble primordial d'encadrer au mieux les décisions de limitations thérapeutiques et les prises en charge des patients en situation palliative, afin de rendre cette expérience la plus harmonieuse possible pour le patient, ses proches, mais également les soignants. C'est ce que tente de réaliser le CHRSM site Meuse, avec l'intégration d'une

approche palliative au sein de son service de soins intensifs depuis février 2023, grâce à une discussion pluridisciplinaire hebdomadaire. Cette concertation interpersonnelle - centrée sur le patient, ses souhaits et perspectives d'évolution - permet d'améliorer l'accès à une prise en charge palliative ainsi que la réalisation d'un projet thérapeutique, pour les patients ayant un profil palliatif.

Ce type de démarche semble être innovant en Belgique : certes, il arrive régulièrement que des unités de soins intensifs fassent intervenir une équipe mobile de soins palliatifs dans leurs unités pour optimiser la prise en charge du patient en fin de vie ; mais le fait que tous ces professionnels se retrouvent de manière systématique, une fois par semaine, pour déterminer ensemble de la meilleure prise en charge à proposer au patient, cela semble être une démarche novatrice.

Plus d'un an après l'instauration de ce « tour de soins continus », l'intérêt de ce mémoire porte sur la compréhension des représentations de ces infirmiers exerçant dans ce service de soins intensifs par rapport à cette démarche, mais aussi de comprendre l'éventuelle influence de cette concertation pluridisciplinaire sur la satisfaction et le sens qu'ils donnent à leur travail. Les recherches sur le sujet ont permis d'aboutir à la question de recherche suivante :

« Comment une concertation interprofessionnelle palliative aux soins intensifs impacte-t-elle le sens et la satisfaction au travail du personnel infirmier des soins intensifs du CHRSM site Meuse ? »

La suite de ce travail est composée d'un cadre théorique, où une analyse de la littérature permet de mieux comprendre la problématique et les différentes notions abordées dans la question de recherche. Puis une partie est consacrée à la contextualisation de cette étude, poursuivie par une description de la méthodologie de recherche employée. Ensuite viennent les résultats des entretiens réalisés dans le cadre d'une approche qualitative, suivis de la discussion et des limites et forces de l'étude. Pour terminer, une conclusion résumera toute cette recherche et des perspectives seront également abordées.

Cadre théorique

I. L'univers des soins intensifs

A) La fonction des soins intensifs

Selon l'article 2 de l'arrêté royal relatif à la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987, applicable à la fonction de soins intensifs (M.B. du 19/06/1998) :

« La fonction de soins intensifs est destinée aux patients dont une ou plusieurs fonctions vitales sont gravement menacées. Ces patients nécessitent une prise en charge spécialisée visant à le soutenir ou à corriger ces fonctions par le biais d'une organisation médicale, infirmière et paramédicale adaptée, d'un monitoring continu et d'interventions diagnostiques et thérapeutiques appropriées. »

Le rôle des soins intensifs est donc d'assurer la prise en charge des patients en état critique, c'est-à-dire présentant la défaillance d'au moins une fonction vitale, ou à haut risque de complication sévère. Ce service a pour objectif de détecter et corriger les déséquilibres de l'organisme, grâce à des moyens techniques hautement spécialisés et plus ou moins invasifs, suite à une affection sous-jacente (pathologie, traumatisme, intoxication, intervention chirurgicale).

B) La fin de vie aux soins intensifs

La principale mission des services de soins intensifs consiste à préserver la vie et la qualité de vie des patients confrontés à de graves problèmes de santé. Cependant, les équipes soignantes sont également amenées à accompagner des patients en fin de vie, une responsabilité particulièrement délicate dans le contexte technologiquement avancé des soins intensifs (Gardaz et al., 2011). Or, la mort aux soins intensifs est fréquente. Une étude rétrospective de 2022, utilisant les données collectées dans les unités de soins intensifs de 17 hôpitaux belges au cours de l'année 2018 (soit hors période épidémique de Covid-19), a montré que la mortalité aux soins intensifs représente environ 10% des admissions (Bruyneel et al., 2022). De plus, une étude rétrospective française de 2015 montre que le risque de décès dans l'année qui suit à la sortie des soins intensifs peut fluctuer entre 5,4 % à 32,5 % selon les études, avec un taux moyen d'environ 20 % (Mebazaa et al., 2015). Il semble donc important d'avoir un projet thérapeutique adapté à la situation du patient, en fonction de ses chances de survie à court et moyen terme.

Le code déontologique relatif à l'art médical en Belgique indique, dans son avis relatif aux soins palliatifs, à l'euthanasie et à d'autres décisions médicales concernant la fin de vie :

« L'arrêt ou la non-mise en œuvre d'un traitement est déontologiquement indiqué s'il est scientifiquement établi qu'il n'y a plus d'espoir d'une amélioration raisonnable et que des traitements prolongeant la vie n'augmentent pas le confort du patient et ne lui procurent plus que gêne et souffrance. »

Par ailleurs, la loi relative aux droits du patient précise que cette décision doit être prise avec le consentement préalable du patient dûment éclairé (Art. 7 et 8), ou par le consentement de son représentant (le mandataire désigné ou dans le cas contraire le représentant légal), lorsque le patient n'est plus en mesure d'exercer ses droits lui-même (Art. 14).

Comme la plupart des patients gravement malades ne sont pas en mesure de prendre des décisions concernant leur avenir, le médecin aura la lourde responsabilité de définir quelles seront les limites à atteindre avec son patient, en accord avec le représentant de ce dernier. Or, aux soins intensifs, les moyens sont nombreux pour maintenir une vie de manière artificielle, grâce par exemple au respirateur, médicaments vasopresseurs, etc. Ainsi, la majorité des décès aux soins intensifs résultent d'une décision de suspendre ou d'interrompre le maintien en vie (Curtis and Vincent, 2010).

Etant donné que la communication entre les professionnels de la santé et le patient (voire sa famille) joue un rôle central dans le processus décisionnel de projet thérapeutique, il est essentiel qu'une prise de décision de fin de vie soit effectuée de manière optimale, afin d'améliorer les résultats pour les patients, leurs familles, ainsi que les soignants travaillant aux soins intensifs. Ainsi, pour permettre la prise d'une telle décision, des pistes comme une formation appropriée, une communication efficace entre le soignant, le patient et sa famille, ainsi que la collaboration harmonieuse d'une équipe interdisciplinaire seront nécessaires (Curtis and Vincent, 2010). Notons que la notion d'interdisciplinarité sera préférée dans la prise en charge du patient car elle permet à tous les acteurs de « prendre en compte les contributions des autres membres de l'équipe » (Perrier, 2005), alors que la pluridisciplinarité fait référence à une « juxtaposition de disciplines diverses parfois sans rapport apparent entre elles » (Perrier, 2005), suggérant plus d'indépendance entre les acteurs qui gravitent autour du patient.

L'accompagnement du patient en fin de vie, et ses proches, est une tâche complexe sur le plan émotionnel. De nombreuses études montrent que la fin de vie est reconnue comme étant un facteur générateur de stress, conflit et burn-out pour le personnel soignant des soins intensifs.

En effet, le contexte de retrait thérapeutique peut être source de conflit entre médecins et infirmiers lorsqu'ils ne partagent pas le même avis (Poncet et al., 2007). Le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas un fait rare pour le personnel soignant des soins intensifs, pouvant résulter d'une mauvaise communication dans le contexte de fin de vie (Embriaco et al., 2007). La collaboration et la concertation avec les médecins, ainsi que les procédures de prises en charge des patients mourants, peuvent être mal vécues par le personnel infirmier. Or, il est nécessaire que les réanimateurs considèrent les connaissances des infirmiers comme une contribution importante à la prise de décisions (Hov et al., 2007). D'autres auteurs, comme Ricou et Merlani (2012), citent la surcharge de travail et le séjour prolongé des patients aux soins intensifs comme facteurs altérant le moral des soignants. La situation chronique de ces patients, dont le pronostic vital est incertain, accompagnée d'une lourde prise en charge, peuvent impacter le sens au travail pour ces professionnels de la santé, menant à de la souffrance psychologique et une impression de futilité. Dans le monde, on estime que 30% des soignants des soins intensifs ont déjà prodigué des soins qu'ils estiment inappropriés, c'est-à-dire qu'ils jugent trop importants ou exagérés par rapport aux résultats escomptés (Piers et al., 2011).

C) L'importance du projet thérapeutique

Aux soins intensifs, comme ailleurs, il est nécessaire de se poser des questions sur le projet thérapeutique du patient, afin qu'il y ait une adéquation entre la volonté du patient, son espérance de récupération et les moyens que l'on peut mettre à sa disposition pour le soigner, sans entrer dans une obstination déraisonnable. Cette réflexion doit aboutir à une décision juste sur le plan éthique, tout en respectant le patient.

L'avis n°41 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique (2007) préconise que « *la décision relative à une limitation du traitement et à la non-réanimation doit être prise lorsqu'une réanimation cardiopulmonaire ou une autre intervention spécifique, thérapeutique ou diagnostique, n'offrent plus aucun avantage thérapeutique au patient* ». On entend par là qu'une décision de « non escalade thérapeutique », voire de fin de vie, doit être prise dans le but d'éviter de prolonger inutilement les derniers instants de vie du patient, lorsque cela ne procure aucun bénéfice en terme de survie ou de qualité de vie future. Or il peut être complexe pour les professionnels de la santé de déterminer le moment où ils ont atteint leurs limites, quant à ce qu'ils peuvent offrir au patient, surtout dans l'univers très technique des soins intensifs.

Il semble donc primordial d'être avant tout à l'écoute du patient et des souhaits de ce dernier, amenant à une personnalisation du parcours de soins, permettant d'améliorer sa prise

en charge, surtout dans le cas de maladie chronique. Le concept de protocole de soins personnalisés consiste à adapter la prise en charge en fonction des caractéristiques individuelles du patient, au lieu que le médecin propose des protocoles de soins seulement basés sur la pathologie. En effet, il a été démontré qu'un protocole personnalisé au profil de chaque patient permet de réduire significativement les hospitalisations, favorise le confort et la qualité des soins, impactant ainsi positivement la qualité de vie du patient (Sebai and Yatim, 2018).

D) L'intérêt d'une collaboration interprofessionnelle

Selon l'OMS, la collaboration interprofessionnelle se définit « *lorsque plusieurs professionnels de la santé issus de milieux professionnels différents travaillent ensemble avec les patients, les familles, les soignants et les communautés pour fournir la plus haute qualité de soins.* » (WHO, 2010). Cette collaboration peut également se caractériser comme étant « *une planification de soins, une prise de décision partagée, un partenariat, un lien d'interdépendance entre les différents professionnels et un partage de l'expertise et des connaissances de chacun* » (Champagne and Gaudreault, 2019). Ainsi, ce type de collaboration est reconnu comme garant de qualité des soins et d'efficience pour les systèmes de santé (Girard and Régis, 2020).

En 1997, D'Amour a comparé la logique de la professionnalisation (c'est-à-dire liée à une seule profession) et la logique de la collaboration interprofessionnelle, dont voici les résultats :

Logique de la Professionnalisation	Logique de la Collaboration Interprofessionnelle
Vision mécaniste de la personne.	Vision humaniste de la personne
La personne est perçue comme un ensemble de parties. La situation est objectivée.	La personne est vue comme un être biopsychosocial en interaction avec son milieu.
La personne est non-participante.	Reconnaissance du droit à l'autodétermination de la clientèle.
Le pouvoir, l'autorité, l'expertise et la spécialisation sont privilégiés.	Le partage et l'intégration des savoir et des pratiques sont privilégiés.
Taxonomie rigide du savoir.	Intégration des savoirs, reconnaissance de la complexité.
Approche centrée autour des territoires professionnels.	Approche centrée sur la clientèle.
Les frontières sont étanches.	Le partage des zones d'intervention.
Les relations entre les professionnels sont parallèles, cumulatives et non interactives.	Le partenariat est interactif. L'intersubjectivité permet une meilleure compréhension de la situation.
Le contrôle, la régulation d'un marché pour des services techniques sont visés.	L'approche globale et interactive sont visés.

Tab 1. Comparaison entre une logique de la professionnalisation et une logique de la collaboration interprofessionnelle selon D'Amour (1997)

D'après D'Amour, D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé au Québec. Interactions Automne 1998 ; Vol. 2 no 2.

L'interprofessionnalité représente une interaction dynamique, caractérisée par un haut degré de collaboration au sein d'une équipe, où les membres doivent travailler en synergie de manière interdépendante, afin de partager leur identité et leurs responsabilités (Fumeaux and Wehrli, 2017). Afin d'optimiser la collaboration interprofessionnelle, certaines compétences comme la communication et le leadership collaboratif sont à développer, ainsi qu'une clarification et compréhension des rôles de chacun, mais il est également nécessaire d'orienter l'approche en la centrant sur le patient (Champagne and Gaudreault, 2019).

Concernant les professionnels de la santé, la collaboration interprofessionnelle permet de favoriser une pratique proactive et motivante, améliorant les performances et renforçant la satisfaction au travail (Boev et al., 2022; Champagne and Gaudreault, 2019). En effet, la littérature sur le sujet décrit la collaboration interprofessionnelle comme permettant d'améliorer la confiance et la communication entre les soignants, de mieux résoudre les problèmes complexes, d'encourager l'esprit d'équipe et de favoriser le changement dans un environnement de travail plus flexible (Asmar and Wacheux, 2007). D'ailleurs, il est prouvé que l'efficacité d'une communication, coordination et interaction entre médecins et infirmiers en unité de soins intensifs contribuent directement à améliorer les résultats de santé des patients, mais aussi la satisfaction au travail pour les infirmiers (Asmar and Wacheux, 2007; Boev et al., 2022).

II. Les soins palliatifs

A) Définition

Selon la FWSP (Fédération Wallonne de Soins Palliatifs), les soins palliatifs ont émergé dans les années 1980 en Belgique en réponse aux besoins des patients en fin de vie, se concentrant principalement sur la gestion des symptômes et le soutien psychologique aux patients et à leurs familles. Historiquement, les prestataires de soins de santé se concentraient uniquement sur les soins curatifs dès l'apparition de la maladie, les soins palliatifs n'étant délivrés qu'en cas d'échec thérapeutique.

En 2020, l'OMS a défini les soins palliatifs comme étant

« Une approche pour améliorer la qualité de vie des patients (adultes et enfants) et de leur famille, confrontés aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel. »

Ainsi, les soins palliatifs ne se résument plus à soulager les symptômes physiques des patients en fin de vie, mais regroupent une vision beaucoup plus globale notamment avec l'approche psychosociale, dont peut bénéficier tout patient atteint d'une maladie grave et sa famille. L'objectif des soins palliatifs est donc d'optimiser la qualité de vie et le bien-être du patient, de sa famille et de ses soignants (Radbruch et al., 2020).

Une prise en charge palliative offre de nombreux atouts pour le patient, entre autres une amélioration de la qualité de vie et de la survie, de la gestion des symptômes, de la satisfaction et du soutien (aux patients, familles et prestataires), une optimisation de l'utilisation des ressources de soins de santé, mais aussi une diminution du taux de réadmission à l'hôpital et des coûts des soins (Guay et al., 2019; Hartjes, 2015). Ce type de prise en charge sera indiqué pour un grand nombre d'affections, principalement chez les patients souffrant de pathologies chroniques comme des maladies cardiovasculaires (38,5%), des cancers (34%), des maladies respiratoires chroniques (10,3%), le VIH/sida (5,7%) et le diabète (4,6%) (WHO, 2020).

L'OMS précise également que les soins palliatifs font partie intégrante du droit de l'homme à la santé. Cette approche de soins est dispensée au sein de services de santé intégrés et centrés sur la personne, en s'intéressant particulièrement aux besoins et aux préférences individuelles (WHO, 2020). Ainsi, nous pouvons aisément retrouver ce type de prise en charge en USI.

B) Les soins palliatifs aux soins intensifs

Même si en théorie, les principes et pratiques des soins intensifs peuvent paraître à l'opposé de ceux des soins palliatifs, ces deux disciplines partagent un objectif commun : « fournir des soins de qualité aux patients » (Mercadante et al., 2018).

Le concept de soins palliatifs en USI a émergé en 1995 aux Etats-Unis, suite à la diffusion de l'étude SUPPORT, qui a suscité un grand intérêt envers les soins de fin de vie en unité de soins intensifs. Cette étude, menée auprès de 9000 patients, a permis de mettre en lumière des lacunes significatives, particulièrement dans le domaine de la communication, la durée et la violence des traitements, ainsi que la mauvaise gestion de la douleur, lors des prises en charge de patients mourants en USI (Guay et al., 2011). Cette évolution peut s'expliquer par le fait que précédemment, les soins intensifs étaient principalement axés sur le soutien physiologique, et que les familles des malades n'étaient que rarement présentes. On constate de nos jours un besoin croissant d'inclure les soins palliatifs dans les unités de soins intensifs.

L'intégration d'une approche palliative en USI a pour objectif d'améliorer la dignité du patient (en réduisant l'utilisation de traitements invasifs), de prévenir ou traiter la douleur, la détresse et la souffrance chez les patients atteints de maladie incurable, mais aussi de soutenir les proches du malade durant cette période difficile (Mercadante et al., 2018; Alshehri et al., 2022).

Le concept traditionnel des soins palliatifs aux soins intensifs, voulait que les soins palliatifs commencent au moment où le traitement potentiellement curatif se terminait.

En 2008, Paul Lanken - Professeur émérite de médecine, d'éthique médicale et de politique de santé à la Faculté de médecine de Harvard - a développé avec ses collègues un modèle de soins qui préconise l'instauration de soins palliatifs dès l'admission en unité de soins intensifs (Fig. 1). Ce modèle montre comment combiner une approche curative avec des soins palliatifs individualisés pour le patient en USI.

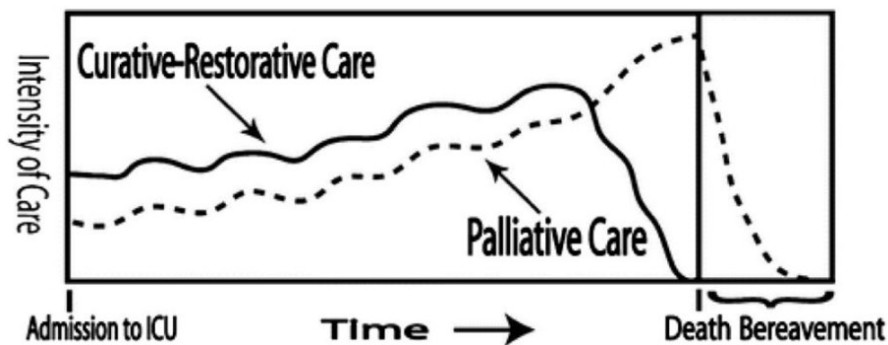


Fig. 1. Continuum des soins palliatifs.

D'après Lanken P, Terry P, DeLisser H et al. Soins palliatifs pour les patients atteints de maladies respiratoires et de maladies graves. Am J Respir Crit Care Med 2008 ; 177 : 912

Le schéma indique la fin des thérapies curatives juste avant le décès, tandis que l'approche palliative atteint son point culminant au moment du décès, se prolongeant ensuite pour répondre aux besoins de la famille dans le processus de deuil.

La littérature sur le sujet a évolué et distingue à présent trois approches pour développer les soins palliatifs dans les unités de soins intensifs : les soins palliatifs primaires, les soins palliatifs spécialisés et l'approche mixte.

1) L'approche primaire des soins palliatifs

Prédominante en Europe, cette approche consiste à ce que le médecin réanimateur fournisse lui-même une prise en charge palliative adaptée à son patient (Curtis et al., 2022). Aussi appelé modèle intégratif, les médecins des soins intensifs sont alors responsables des soins palliatifs qu'ils délivreront à la personne malade, sans l'aide de spécialistes de cette

discipline. Cependant, les médecins et les infirmiers en USI manquent souvent de formation et d'éducation concernant les soins palliatifs, ce qui représente un obstacle majeur à la prestation de soins de fin de vie de qualité (Courtright et al., 2019; Effendy et al., 2022). C'est pourquoi, des études recommandent aux médecins travaillant en unités de soins intensifs de bénéficier d'une formation et d'une expertise approfondies en matière de soins palliatifs primaires. Cette formation complémentaire permet de développer des compétences telles que l'évaluation et la gestion des symptômes, ainsi que l'amélioration de la communication sur le pronostic et les options de traitement éventuelles. De plus, cela permet une prise de décision partagée optimale, grâce à une meilleure intégration des valeurs et souhaits du patient. Tous ces éléments permettront de proposer des soins de fin de vie de qualité (Curtis et al., 2022; Effendy et al., 2022; Mercadante et al., 2018).

L'approche intégrative des soins palliatifs est préconisée dans un service aigu comme celui des soins intensifs, où le patient peut évoluer à tout moment, nécessitant éventuellement une adaptation immédiate quant à sa prise en charge. Néanmoins, une approche consultative de soins palliatifs peut être la bienvenue, notamment en cas de situation complexe (Hartjes, 2015).

2) L'approche spécialisée des soins palliatifs

Le modèle spécialisé, ou modèle consultatif, repose sur le principe qu'une équipe interdisciplinaire de soins palliatifs apporte son expertise pour adapter les soins et le traitement des patients ayant besoin d'une prise en charge palliative, aux soins intensifs. (Curtis et al., 2022). Pour que le modèle consultatif soit efficace, il est nécessaire que l'équipe des soins palliatifs ait une bonne compréhension de la pratique et de la culture de l'unité de soins intensifs, mais aussi qu'il y ait une coordination quant aux messages passés au patient et à leur famille, avec l'équipe soignante de l'USI (Curtis et al., 2022). La mise en œuvre et les actions d'une telle approche spécialisée peuvent varier d'une institution à l'autre, mais les bénéfices en USI sont nombreux, comme le développent Murali et ses collaborateurs (2022) : réduction significative des symptômes et amélioration de la qualité de vie chez le patient, une communication améliorée, avec une prise de décision en fin de vie plus efficace, ainsi qu'un meilleur soutien spirituel pour la personne malade. Le modèle consultatif sera également un soutien renforcé pour les proches du patient et le personnel soignant des soins intensifs, ayant donc un large impact positif. Par ailleurs, ce type de prise en charge a un grand intérêt pour assurer la continuité des soins, lorsque le patient quitte les soins intensifs pour être transféré dans un service conventionnel ou une unité de soins continus et palliatifs (Hartjes, 2015).

L'intégration d'une approche spécialisée de soins palliatifs en USI est sous-utilisée, à cause de l'hétérogénéité des services, mais aussi par la mauvaise compréhension des prestataires de soins aux indications de consultation de ce soutien externe, les rendant réticents à l'utilisation de ces services (Murali et al., 2022). Enfin, la pénurie de spécialistes en soins palliatifs dans certaines régions du monde entrave le déploiement du modèle consultatif, alors que les besoins sont croissants pour les patients des soins intensifs : une solution peut être alors apportée par l'approche mixte (Mercadante et al., 2018).

3) L'approche mixte

L'approche mixte, généralement considérée comme la meilleure, est la plus répandue aux Etats-Unis et au Royaume-Uni. Cette troisième approche consiste à combiner l'approche primaire et l'approche spécialisée des soins palliatifs aux soins intensifs (Curtis et al., 2022). Ainsi, les médecins intensivistes collaborent avec une équipe pluridisciplinaire en soins palliatifs pour répondre au mieux aux besoins en soins palliatifs, au sein de l'unité de soins intensifs. L'approche mixte peut varier en fonction des besoins et usages au sein de l'institution, mais elle doit comporter plusieurs caractéristiques pour optimiser son fonctionnement : coopération et communication adéquate entre les deux équipes, identifier les patients qui auront des besoins en soins spécialisés. Pour se faire, il est important que chaque discipline reconnaisse ses forces et ses limites : les soins palliatifs doivent intégrer la complexité de la culture des soins intensifs (comme dans le modèle consultatif), et à l'inverse, les soins intensifs respecteront les compétences propres aux soins palliatifs, comme par exemple la communication, le soutien aux familles, l'évaluation des besoins spirituels (Curtis et al., 2022). De plus, ces spécialistes en soins palliatifs participeront à la formation, au soutien et aux conseils des soignants en USI.

Dans les réunions d'information et de soutien émotionnel organisées par l'équipe des soins palliatifs pour le patient, atteint d'une maladie grave chronique, et sa famille, il est nécessaire d'inclure l'équipe des soins intensifs pour obtenir de meilleurs résultats. En effet, en cas d'absence de l'équipe de réanimation dans ce type de réunion, cela ne va pas entraîner de diminution des symptômes d'anxiété ou de dépression pour les proches du patient. Au contraire, elle pourrait même entraîner une augmentation des symptômes du trouble de stress post-traumatique chez ces derniers (Carson et al., 2016). Ainsi, il est primordial que les spécialistes en soins palliatifs et les médecins intensivistes soient sur la même longueur d'ondes pour que l'approche mixte soit efficace.

III. La place de l'infirmier

A) Définition de l'art infirmier

La loi relative à l'exercice des professions des soins de santé a défini la fonction de l'infirmier (art. 21 de l'AR n° 78 du 10/11/1967). Selon cette loi, l'infirmier se doit d'observer, de constater et d'enregistrer les symptômes et réactions du patient, tant physiques que psychiques, dans le but de collaborer avec le médecin, pour l'élaboration du diagnostic et l'application du traitement médical. L'infirmier prend en charge la personne saine ou malade, par l'accomplissement des prestations (techniques ou non) de soins infirmiers, dans le but d'aider la personne à préserver, améliorer ou rétablir sa santé, en fonction des besoins physiques, psychologiques et sociaux de cette dernière. La loi précise également que l'infirmier a comme mission d'informer et de conseiller le patient et sa famille, mais aussi d'assurer l'accompagnement des personnes en fin de vie, et des proches lors du processus de deuil.

Ainsi, le travail de l'infirmier doit s'effectuer en étroite collaboration avec le médecin et les autres prestataires de soins, afin d'assurer une prise en charge optimale pour le patient. En plus du bénéfice pour le patient, cette collaboration impactera favorablement l'infirmier, pouvant être un facteur de motivation et de satisfaction au travail.

B) La satisfaction et le sens liés au travail pour les soignants

La satisfaction et le sens que l'on donne à son travail sont deux concepts interreliés et importants pour le quotidien des soignants, afin de garantir des conditions de travail favorables et ainsi d'éviter l'exode du personnel. En effet, il est difficile d'agir directement sur le côté stressant et tragique de certaines situations vécues par les patients et leurs proches aux soins intensifs (Ricou and Merlani, 2012), néanmoins des choses peuvent être mises en place au sein du service pour favoriser le bien-être professionnel.

1) La satisfaction au travail

La notion de satisfaction au travail est un indicateur de qualité de la relation entre un individu et l'organisation qui l'emploie. Selon Louche (2007), le sentiment de satisfaction résulte d'une adéquation entre les attentes et souhaits d'un individu vis à vis de son travail et les réalités vécues, aussi bien pour les caractéristiques intrinsèques au travail (les tâches à exercer, le sens que l'on donne à notre travail), que des éléments externes (le salaire, les horaires de travail...). Ainsi, la satisfaction est un concept multifactoriel et l'individu doit avoir une

impression d'équité entre les efforts fournis dans le cadre de son travail et les récompenses obtenues pour contribuer à la satisfaction (Chan et al., 2013).

La satisfaction au travail des infirmiers

L'enquête PRESST-NEXT (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail – Nurses Early Exit Study), réalisée en 2003 en France, avec 2676 infirmiers répondants de 56 établissements hospitaliers, a indiqué les principaux facteurs de la satisfaction au travail des infirmiers français (Estry-Béhar, 2008) :

- l'aspect relationnel avec les patients et les familles,
- le travail d'équipe (l'aspect relationnel avec les collègues, les responsables et les médecins),
- l'organisation du travail et la qualité des soins,
- l'utilisation de ses compétences,
- la spécificité du service,
- l'ambiance de travail,
- les possibilités de formation et les perspectives de carrière.

La satisfaction au travail est étroitement liée aux conditions et à l'organisation du travail. En plus de satisfaire le soignant, le patient y verra également un intérêt puisqu'il a été démontré qu'il existe un lien entre la qualité de vie au travail et la qualité des soins (Kornig et al., 2018). Ainsi, Cathel Kornig et ses collaborateurs ont développé les conditions de travail idéales décrites par les soignants. On y retrouve des notions comme l'autonomie professionnelle, une collaboration optimale avec les médecins, la valorisation professionnelle, l'importance de la qualité des soins et des services ; mais également un facteur plus spécifique qui est l'importance de focaliser son attention sur le « client », qui doit être le point de départ et d'arrivée des discussions (Kornig et al., 2018).

La satisfaction au travail des infirmiers de soins intensifs

L'univers des soins intensifs est très spécifique, de par sa haute technicité et la gravité des situations rencontrées, mais cette nature du travail est justement stimulante pour les infirmiers qui y travaillent, friands de soigner des patients dans cet atmosphère (Galuska and Bursch, 2020). Néanmoins, ce contexte de travail exigeant favorise également l'émergence de risques psychosociaux pour le soignant, puisque la charge émotionnelle y est intense, notamment liée à des problématiques éthiques fréquentes (Fournier et al., 2022).

Une revue de littérature internationale, réalisée à partir d'articles publiés entre 2008 et 2017, a permis de définir les facteurs de satisfaction au travail des infirmiers exerçant aux soins intensifs (Lanfroy et al., 2019) : la nature et l'organisation du travail, l'accomplissement professionnel, les ressources personnelles, la performance infirmière et la communication.

La satisfaction au travail des infirmiers de soins palliatifs

En 2010, une étude française réalisée auprès de 80 infirmières travaillant en unité de soins palliatifs, s'est intéressée aux déterminants de la satisfaction professionnelle des infirmiers de ce secteur (De Bonnières et al., 2010) :

- le contact avec les malades,
- le travail en équipe,
- la qualité de la prise en charge,
- la possibilité de prendre le temps,
- le contact avec les familles,
- la pluridisciplinarité,
- la formation,
- la diversité des situations,
- la réflexion éthique ou philosophique,
- l'autonomie,
- la prise en charge globale,
- le travail transversal.

Parallèle entre les soins intensifs et les soins palliatifs

La coordination et la coopération entre les différentes professions (médecins, infirmiers, aides-soignants, psychologues...) sont nécessaires pour dispenser des soins optimaux aux patients en réanimation (Fournier et al., 2022) mais également en unité de soins palliatifs (De Bonnières et al., 2010), montrant l'importance aux yeux des soignants de l'aspect relationnel et de la communication interprofessionnelle, dans ces deux disciplines. Les sources de satisfaction des soignants en unité de soins intensifs et de soins palliatifs ont également d'autres similitudes, comme l'intérêt porté à soulager le patient, la qualité des soins et la relation avec la famille du patient (De Bonnières et al., 2010; Galuska and Bursch, 2020).

Par ailleurs, une étude réalisée à Singapour a prouvé que l'intégration d'une démarche palliative aux soins intensifs améliorerait les soins aux patients ainsi que la dynamique au sein de l'équipe soignante, influençant la satisfaction au travail (Poi et al., 2023). Selon cette étude, le renforcement de la collaboration entre ces deux disciplines a permis une meilleure compréhension réciproque, la prise de décision partagée et une meilleure cohérence dans les objectifs de soins. De plus, grâce à cette démarche, la perception de la mort a évolué d'un processus passif vers un processus actif de soins, en améliorant le contrôle des symptômes et le soutien aux familles endeuillées. Ainsi, l'épanouissement professionnel pour ces soignants était corrélé à une meilleure prise en compte et défense des intérêts du patient (Poi et al., 2023).

2) Le sens lié au travail

En psychologie, le sens fait référence à la cohérence, l'équilibre, voire la complétude que l'individu a vis-à-vis d'une expérience (Morin and Aranha, 2008). Le sens que l'on porte à son travail est un facteur de motivation intrinsèque, qui grâce à la perception significative de la raison des actions qui leur sont confiées, permet une meilleure implication de l'individu, ce qui contribue à sa satisfaction au travail (Maunz and Glaser, 2024).

En 1999, Morin et Cherré ont développé les caractéristiques d'un travail qui a du sens : cette échelle est composée de 14 caractéristiques, décrites par 30 énoncés, englobant des notions liées au travail en lui-même, les conditions de travail, mais également des facteurs liés au travailleur, ses collègues et supérieurs hiérarchiques. Depuis, la littérature sur le sujet distingue « le sens du travail » et « le sens au travail ».

Selon Estelle Morin, psychologue canadienne spécialisée dans la promotion de la santé mentale au travail, « le sens du travail » se définit de trois manières. Premièrement, ce sens dépend de la signification que l'on donne à son travail, c'est-à-dire la valeur et la représentation que la personne perçoit de son activité professionnelle. Ensuite, cela dépend de l'orientation, la recherche et le but qui guident le travailleur dans ses actions. Enfin, le sens du travail dépend de la cohérence entre les attentes de la personne et ce qu'elle éprouve par son expérience professionnelle (Morin et al., 2009). Ainsi, définir de manière générale la notion de « sens du travail » est complexe, puisqu'elle est dépendante de facteurs individuels, en fonction des valeurs, la culture, l'histoire, le vécu, les croyances, connaissances et attentes de chaque personne (Godeau, 2019).

Le « sens au travail » s'applique davantage « aux relations qu'une personne entretient dans son milieu de travail avec ses supérieurs, ses collaborateurs, ses collègues et la clientèle » (Morin et al., 2009). Les perceptions que l'individu porte sur son travail dépendent également des stimuli liés au milieu de travail, c'est donc une relation « qu'établit le sujet avec l'objet de son activité au sein d'un collectif » (Polomeni, 2015). Depuis 1993, Estelle Morin a mené des enquêtes dans différents milieux de travail afin de définir ces six caractéristiques qui contribuent à donner un sens au travail : « l'utilité sociale, l'autonomie, les occasions d'apprentissages et de développement, la rectitude morale, la qualité des relations et la reconnaissance » (Morin, 2010).

Le sens lié au travail pour les infirmiers

Le sens lié au travail pour les soignants dépend de nombreux aspects personnels, sociaux et structurels. Ce sens est en lien direct avec l'utilité et la valeur qu'ils donnent à leur métier, qui sont des facteurs d'investissement au travail (Loriol, 2018). Or, lorsque le sens au travail vient à manquer pour le soignant, cela peut causer une insatisfaction, de l'anxiété, voire être source d'épuisement professionnel (Ricou and Merlani, 2012). Afin de contribuer au bien-être du personnel soignant, il semble nécessaire de revenir aux fondamentaux, de ce qui fait sens au travail pour les infirmiers, c'est-à-dire d'avoir la capacité d'effectuer son travail en accordant le temps nécessaire pour bien prendre en charge le patient. Le sens de cette profession étant étroitement lié à la notion du « prendre soin », le soignant accordera beaucoup d'importance à fournir un accompagnement de qualité au patient, renforçant la notion de se rendre utile socialement (Vitry, 2022).

Le modèle des soins palliatifs, de par sa spécificité à privilégier le côté relationnel auprès du patient et à optimiser la gestion de la fin de vie, est souvent décrit comme un modèle de prise en charge du patient faisant sens pour le soignant (Loriol, 2018). Néanmoins, la définition de ce qui fait sens dans son travail de soignant doit se construire, en considérant les limites liées au service et à l'environnement de travail (notamment les moyens matériels et humains), pour que ces objectifs soient réalistes et éviter toute difficulté ou souffrance pour le soignant, en cas de non atteinte de ces résultats escomptés (Loriol, 2018).

Afin de préserver les soignants, il est nécessaire d'être à l'écoute des attentes concernant leur travail - permettant de donner du sens dans leur vie professionnelle - ce que le psychologue Henri-Philippe Godeau décrit avec les caractéristiques suivantes : respecter les valeurs et une certaine éthique, la perception d'utilité des missions, le sentiment d'accomplissement professionnel, la clarté des tâches à réaliser et la contribution à un objectif plus grand (Godeau, 2019). De plus, pour lutter contre la perte de sens au travail, Kramer et Schmalenberg (2008) ont décrit les leviers d'attractivité et de rétention des professionnels de santé, comme étant :

- une approche de soins centrée sur les besoins du patient,
- la reconnaissance de l'expertise du professionnel de santé,
- un leadership infirmier de type transformationnel,
- un management participatif, pour favoriser l'autonomisation,
- une relation collaborative entre les médecins et infirmiers,
- une gestion appropriée des effectifs, en fonction de la charge de travail.

Ainsi, il est important d'élaborer des actions pour permettre de « donner du sens » au travail quotidien des infirmiers, afin d'améliorer leur satisfaction professionnelle et de contribuer à une fidélisation du personnel soignant (Vitry, 2022).

Méthodes

I. Contextualisation

Afin d'illustrer cette recherche, nous allons étudier une démarche de collaboration interdisciplinaire entre les soins intensifs et les soins palliatifs qui se déroule actuellement dans un hôpital namurois. Cette étude se porte sur le CHRSM site Meuse, un hôpital public général comprenant 397 lits agréés. Cet hôpital dispose de 24 lits de soins intensifs, répartis dans trois unités de soins polyvalents, pouvant accueillir tout type de patient en détresse vitale, ou à risque de dégradation. L'équipe soignante est composée de six médecins réanimateurs, environ soixante infirmiers, trois aides-soignantes, six aides-logistiques et une kinésithérapeute. Cet hôpital ne dispose pas d'une unité de soins palliatifs, mais d'une équipe mobile en soins palliatifs - dénommée EMASC (Equipe Mobile d'Accompagnement et Soins Continus) – pouvant intervenir dans tous les services intra-hospitaliers, mais aussi lors de consultation pour des patients en externe. Pour le soutien psychologique des patients, l'USI ne dispose pas de psychologue attitré au service, mais plutôt de deux psychologues de liaison, qui s'occupent des patients hospitalisés qui ne sont pas en situation palliative au sein de l'USI et autres services conventionnels au sein de l'institution.

Le projet du CHRSM site Meuse a commencé par la création d'une équipe palliative aux soins intensifs, composée d'un médecin réanimateur titulaire d'un master en éthique et de trois infirmières SIAMU travaillant dans le service, disposant d'une qualification en soins palliatifs. Cette équipe est à l'origine du « tour de soins continus » : une réunion interprofessionnelle hebdomadaire qui a vu le jour en février 2023, composée de soignants des soins intensifs et de l'EMASC. Ainsi, tous les jeudis après-midi, une partie de l'EMASC (un médecin, une infirmière et une psychologue – tous spécialisés dans les soins palliatifs) rencontrent les médecins réanimateurs du service et les médecins assistants, une des trois infirmières ayant la double compétence soins intensifs et soins palliatifs, ainsi qu'une psychologue de liaison, pour définir ensemble la meilleure prise en charge à proposer aux patients hospitalisés en USI et leurs proches.

Pour amorcer la discussion au sujet d'un patient, ils commencent par compléter l'échelle PICT (Palliative Care Indicators Tool, voir Annexe 2) : à travers ces divers critères, cet outil est utilisé dans le but de favoriser la discussion pluridisciplinaire centrée sur la personne malade.

L'intérêt de cette concertation se porte principalement pour les patients répondant positivement à l'échelle PICT, où une approche palliative peut être préconisée, ainsi qu'un accompagnement du patient et ses proches via l'EMASC.

Le « tour de soins continus » permet donc de suggérer, de manière interdisciplinaire, la prise en charge à envisager pour le patient atteint de maladie sévère et irréversible, ainsi que ses proches, tout en respectant les besoins et les souhaits du patient. Le résultat de ces discussions peut mener à une planification anticipée des soins, l'instauration de limitations thérapeutiques, d'une désescalade thérapeutique, voire des soins de confort aux patients qui le nécessitent.

Dans le but d'évaluer l'impact de cette discussion interprofessionnelle palliative sur le personnel soignant du service, une enquête a été réalisée trois mois après l'instauration du « tour de soins continus ». En mai 2023, les infirmiers, médecins et kinésithérapeutes ont alors été invités à répondre à un questionnaire élaboré par les précurseurs de ce projet. Le but de ce questionnaire était de mesurer le ressenti global des soignants, trois mois après le début de cette initiative, afin d'envisager la poursuite de la démarche. Les résultats sont sans appel : la grande majorité des soignants ont répondu de manière positive à l'enquête, indiquant même que cette discussion interdisciplinaire palliative aux soins intensifs a permis d'améliorer le sens dans leur travail (voir les résultats en Annexe 3).

Un an après l'instauration du « tour de soins continus », l'intérêt de ce mémoire est donc d'évaluer si ce sentiment de satisfaction est toujours présent, mais également de comprendre en profondeur les mécanismes qui amènent les répondants à cette conclusion, à travers la question de recherche suivante :

« Comment une concertation interprofessionnelle palliative aux soins intensifs impacte-t-elle le sens et la satisfaction au travail du personnel infirmier des soins intensifs du CHRSM site Meuse ? »

Dès lors, les objectifs de cette recherche sont de percevoir les représentations des infirmiers travaillant en USI à propos de ce « tour de soins continus », afin de comprendre comment et pourquoi cette démarche impacte leur sens et leur satisfaction au travail.

II. Type de méthode

Afin de répondre à la question de recherche, qui a pour objectif d'explorer les perceptions des infirmiers des soins intensifs du CHRSM sur le « tour de soins continus » au sein de leur service, l'analyse est effectuée selon une méthode qualitative. En effet, l'intérêt de ce mémoire est d'explorer, d'analyser et de comprendre l'expérience de ces infirmiers, suite à une démarche novatrice au sein de leur service. L'approche qualitative via des entretiens est donc la méthode d'exploration la plus appropriée auprès du public cible, puisqu'elle permet de laisser le répondant s'exprimer librement sur son ressenti, permettant au chercheur de comprendre en profondeur un phénomène étudié (Aujoulat, 2024).

Dans ce contexte de recherche, l'approche qualitative a pour but de décrire avec précision les représentations des infirmiers à travers leurs témoignages, de comprendre si cette démarche est en accord avec leurs attentes et valeurs professionnelles, pour au final percevoir les dimensions de satisfaction et de sens au travail éventuellement influencées par cette démarche.

III. Méthode de collecte des données

A) Outils

Cette analyse qualitative s'est effectuée grâce à des entretiens individuels semi-directifs auprès des infirmiers exerçant aux soins intensifs où se déroule le « tour de soins continus ». L'entretien semi-directif se caractérise comme une conversation, généralement entre deux personnes, le chercheur et son répondant. Geneviève Imbert (2010) décrit cet échange comme étant « *un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur. Ce dernier ayant établi une relation de confiance avec son informateur va recueillir un récit en s'appuyant sur un guide préalablement testé et construit à l'issue de travaux de recherche exploratoire.* ». Cette méthode de recherche s'est révélée la plus appropriée dans le cadre de ce mémoire, l'objectif étant de collecter des données au travers de questions ouvertes où le répondant pouvait exprimer librement son point de vue.

Afin de mener à bien ces interviews, un guide d'entretien (voir Annexe 1) a été élaboré suite à une revue de la littérature sur le sujet, en partant des concepts développés dans le cadre théorique, comme ceux de sens et satisfaction au travail. Ainsi, ce guide d'entretien a été créé dans le but de comprendre les perceptions des infirmiers sur cette démarche innovante au sein de leurs unités de soins intensifs, mais aussi de saisir son impact sur leur quotidien au travail.

Aucun questionnaire préexistant n'a été utilisé pour réaliser ce guide d'entretien, l'objectif de cette recherche inductive étant spécifique à un domaine peu étudié jusqu'alors.

Le guide d'entretien (voir Annexe 1) commence par des questions où il est demandé au répondant de décrire le « tour de soins continus », en précisant son but et son impact sur le travail de l'infirmier, puis d'expliquer en quoi cette démarche est utile (avec en question de relance : pourquoi ? et pour qui ?). Le répondant doit ensuite donner son avis par rapport à la coopération interdisciplinaire qui a lieu pendant cette réunion, puis expliquer son ressenti sur la communication qui est liée à ce « tour de soins continus ». Les questions suivantes abordent les répercussions de cette démarche palliative sur la prise en charge des patients du service (ayant un profil palliatif ou non), puis sur leurs familles. Ensuite des questions à caractère plus personnel seront abordées, où le répondant doit expliquer en quoi cette démarche impacte ses valeurs et représentations au travail, puis une question par rapport à ses attentes au travail, pour ensuite définir si cette démarche a un impact sur le sens qu'il donne à son travail. Pour terminer, le répondant est invité à partager ses suggestions pour améliorer ce « tour de soins continus ». A la fin de l'entretien, l'infirmier est convié à compléter un questionnaire socio-démographique, afin de définir quelques caractéristiques sur l'échantillon de répondants (comme les formations réalisées, le nombre d'années d'expérience, le temps de travail, etc.).

Le guide d'entretien a été réalisé dans le but de laisser le répondant s'exprimer sur son ressenti sur le sujet de recherche, sans orienter les réponses, en précisant des questions de relance dans le cas où l'énoncé manque de précision ou si la réponse semble incomplète. Ce guide d'entretien est un support à la discussion, des questions peuvent être ajustées en fonction du déroulement de l'entretien, afin de favoriser le partage d'expérience de la personne interrogée. A noter qu'un pré-test du questionnaire a été réalisé auprès de deux infirmiers volontaires du service de soins intensifs, afin d'évaluer la compréhension globale des questions. A la suite du pré-test, aucune modification du guide d'entretien ne fut nécessaire, puisque les personnes interrogées n'ont pas eu de difficulté à comprendre et répondre aux questions.

B) Cadre de l'étude

L'étude a été réalisée auprès des infirmières et infirmiers travaillant au sein des trois USI du CHRSM site Meuse, puisque c'est dans cet hôpital qu'est réalisée une discussion interdisciplinaire palliative aux soins intensifs de manière hebdomadaire. Ce type de démarche innovante ne semble pas encore être pratiqué dans d'autres services de soins intensifs en Belgique, raison pour laquelle l'échantillon de répondants se limite à cet hôpital du namurois.

C) Stratégie d'échantillonnage et de recrutement

Echantillonnage

Dans le cadre de ce mémoire, un échantillonnage intentionnel (ou échantillonnage par choix raisonné) est réalisé, c'est-à-dire que les participants sont sélectionnés, en reprenant des caractéristiques spécifiques à la population étudiée, dans le but de répondre avec précision à la question de recherche de cette étude (Aujoulat, 2024). Par conséquent, tout infirmier volontaire peut participer à cette recherche, à la seule condition qu'il réponde aux critères de sélection.

Ainsi, les critères de sélection pour participer à l'étude sont les suivants :

- être infirmière ou infirmier aux soins intensifs du CHRSM site Meuse,
- avoir commencé à travailler avant la mise en place du « tour de soins continus ».

En effet, l'objectif de cette recherche est de comprendre les perceptions des infirmiers, mais également de percevoir l'évolution de leur ressenti, un an après le lancement de cette démarche palliative au sein de leur unité. Ainsi, les nouveaux engagés depuis moins d'un an ne seront pas conviés à l'entretien, puisqu'ils n'auront pas de point de comparaison avec « l'avant » mise en place de cette discussion pluridisciplinaire palliative.

Recrutement des participants

Pour commencer, une demande d'autorisation pour effectuer cette étude au sein de l'hôpital a été envoyée à la directrice du département infirmier, ainsi qu'aux infirmiers chefs des trois unités de soins intensifs et au médecin réanimateur en chef.

Après accord, un message a été envoyé à l'ensemble des infirmiers exerçant aux soins intensifs du CHRSM, afin de les sensibiliser à participer, en leur expliquant l'objet de cette recherche, les critères de sélection des participants et le déroulé de l'entretien. Ainsi, les infirmiers étaient informés qu'il s'agissait d'un entretien semi-dirigé d'environ 30 à 45 minutes, enregistré après accord de leur part - dans le but de faciliter la retranscription des échanges - avec la garantie de l'anonymat.

Afin que tous les infirmiers soient informés de cette recherche, l'utilisation de plusieurs canaux ont été nécessaires :

- les adresses mails professionnelles,
- le groupe « WhatsApp » de chaque unité, en sollicitant l'aide des infirmiers chefs pour que le message soit diffusé,
- une affiche a également été placée dans le bureau infirmier des trois unités.

Ainsi, le recrutement des participants s'est fait sur base volontaire uniquement. Deux semaines après le premier message, un rappel a été effectué auprès des infirmiers des trois unités de soins intensifs via les mêmes canaux.

Les entretiens se sont déroulés du 29 avril au 25 mai 2024. Afin de faciliter le moment de la rencontre, toutes les interviews se sont déroulées au CHRSM site Meuse, soit avant ou après la pause de travail des infirmiers volontaires pour participer à l'étude. Pour permettre aux entretiens de se dérouler dans un endroit propice aux échanges, une salle de réunion située à proximité du service a été réservée avant les rencontres. Lors de chaque entretien, la mémorante et le répondant se trouvaient assis, face à face autour d'une table, avec un dictaphone pour effectuer l'enregistrement de l'échange - suite à l'autorisation de la personne interviewée.

La taille de l'échantillon n'était pas prédéfinie. Chaque entretien a été directement retranscrit et analysé, afin de mettre en lumière les thèmes et idées qui en ressortent, de retenir les citations marquantes et les éventuelles notions inattendues. Ce processus itératif a pour but de comprendre en profondeur les réponses du participant. De plus, chaque entretien a été comparé aux entretiens précédents, afin de percevoir si des concepts nouveaux émergeaient, si des notions restaient à creuser, ou si les réponses récoltées étaient fort similaires. Ainsi, l'échantillon a été considéré comme complet lorsqu'il y a eu une saturation des données, indiquant qu'il n'était plus nécessaire d'effectuer d'entretien auprès des infirmiers du service étudié.

IV. Analyse des données

Dans le cadre de ce travail, l'analyse des données s'est effectuée selon une méthode qualitative inductive. Chaque entretien réalisé a été retranscrit dans la foulée, puis analysé en détail. Pour ce faire, l'entretien a été lu plusieurs fois dans l'objectif de mettre en évidence les éléments importants, marquants, voire inattendus : tous ces éléments ont été utiles pour étudier les résultats de cette recherche. Le but de cette analyse thématique descriptive et inductive était de comprendre en profondeur le sens et les représentations du répondant à propos de cette discussion interdisciplinaire palliative et d'en saisir les effets sur leur pratique professionnelle, mais également sur la prise en charge du patient et sa famille. Le fait de réaliser cette étape d'analyse, au fur et à mesure que les entretiens se déroulaient, ont permis d'affiner les échanges avec les répondants suivants, lorsque des thèmes semblaient prédominants, divergents et/ou à approfondir, et ainsi enrichir au maximum cette recherche.

Afin de renforcer cette analyse, l'option choisie a été d'utiliser le logiciel NVivo, conçu pour la recherche qualitative. L'intérêt de ce type de logiciel était de faire des annotations sur chaque entretien, de les coder grâce à différents mots clés et codes couleurs, afin de mettre en évidence les thèmes émergents lors de l'analyse. Ainsi, ce codage a favorisé le regroupement des idées qui ressortaient de tous ces entretiens.

V. Considérations éthiques

Dans le cadre de cette recherche qualitative auprès d'infirmiers travaillant en unité de soins intensifs, il n'a pas été nécessaire de demander l'accord pour valider le guide d'entretien auprès d'un comité d'éthique, puisque cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine. Néanmoins, une demande a été effectuée auprès de la directrice du département infirmier du CHRSM site Meuse, ainsi qu'auprès des trois infirmiers chefs d'unité des soins intensifs et du médecin chef de service, afin d'avoir l'accord pour réaliser des entretiens avec des infirmiers membres de leur personnel.

Par ailleurs, chaque participant a été informé du but de cette étude et a donné son accord oral pour être enregistré vocalement, afin de faciliter la retranscription de l'échange. A ce propos, tous les entretiens ont été supprimés après rédaction. De plus, l'anonymat a été garanti, ainsi que respecté, et toute participation s'est faite sur base volontaire.

En cas de dilemme éthique survenant au cours de cette étude avec l'un des participants (exemple : perte de sens lié au travail ayant des répercussions psychologiques pour la personne), la mémorante avait la possibilité de proposer un contact avec l'un des psychologues disponibles pour le personnel infirmier de l'institution, ou d'en parler avec l'infirmier chef de son unité, pour ne pas laisser cette personne dans la détresse. A noter qu'aucun incident n'a eu lieu durant cette recherche.

Résultats

Dans cette section « résultats », une première partie est consacrée à la description de l'échantillon d'infirmiers répondants, suivi d'une deuxième partie destinée à une analyse approfondie et structurée par thématiques.

I. Description de l'échantillon

L'échantillon de cette recherche se compose de 12 infirmiers et infirmières, que l'on nommera « infirmier », « soignant » ou « répondant » par convenance lors de l'analyse thématique. Afin d'identifier les répondants, chaque citation est suivie d'un « (R) » associé au numéro de l'entretien correspondant.

Afin de respecter les critères de sélection établis au préalable, seuls des infirmiers travaillant aux soins intensifs du CHRSM site Meuse ont été interrogés, ayant comme unique caractéristique d'avoir commencé à travailler dans ce service avant la mise en place du « tour de soins continus », qui pour rappel a débuté en février 2023.

Après avoir réalisé deux pré-tests concluant du guide d'entretien, auprès de deux infirmiers entrant dans les critères de sélection, il a été décidé d'inclure leurs réponses dans l'analyse des résultats, puisqu'il n'y a pas eu de modification du guide d'entretien à la suite des pré-tests. Les 12 infirmiers interviewés ont spontanément contacté l'auteure de ce mémoire, sur un total de 47 infirmiers éligibles pour cette étude. L'analyse des entretiens a montré une saturation des données grâce à cet échantillon : les données collectées lors des trois derniers entretiens n'apportaient pas de nouvelles idées ou thèmes. Les entretiens réalisés auprès des infirmiers ont duré entre 18 et 61 minutes, avec une durée moyenne de 36 minutes par entretien.

Le Tableau 2, ci-après, résume toutes les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon. Afin de garantir l'anonymat des répondants, les caractéristiques de ceux-ci ne sont pas détaillées pour chaque répondant, mais plutôt d'une manière générale. En effet, l'intérêt de cette recherche ne porte pas à comprendre le ressenti individuel de chaque individu sur ce « tour de soins continus » et ses répercussions, mais plutôt sur les représentations générales de l'échantillon.

Tableau 2 : Récapitulatif des caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

	n = 12 répondants
Fonction du répondant	Infirmier aux soins intensifs : 12
Fonction complémentaire aux soins intensifs	Infirmier en chef : 1 Infirmier faisant partie du « tour de soins continus » : 1 Coordinateur local des donneurs d'organes et de tissus : 1
Autre parcours professionnel antérieur ou en cours (en dehors d'infirmier en USI du CHRSM)	Infirmier en USI d'un autre hôpital : 5 Infirmier en soins à domicile : 3 Infirmier en consultation : 1 Maître de formation pratique (superviseur d'étudiant en stage) : 2
Etudes réalisées	Bachelier en soins infirmiers et spécialisation SIAMU : 12 Qualification en soins palliatifs : 2 Formation en éthique des soins de santé : 1 Master en santé publique : 1
Sexe du répondant	Femme : 8 Homme : 4
Age du répondant	Moyen = 40,5 ans Minimum = 25 ans - Maximum = 62 ans
Années d'expérience en USI (en général)	Moyenne = 16,25 ans Minimum = 2 ans - Maximum = 28 ans
Années d'expérience en USI (au CHRSM)	Moyenne = 13,33 ans Minimum = 2 ans - Maximum = 28 ans
Temps de travail actuel (en %)	Moyenne = 78,9 % Minimum = 50 % (mi-temps) - Maximum = 100% (temps plein)

Les entretiens se sont principalement déroulés auprès d'infirmiers ayant comme seule fonction de travailler aux soins intensifs du CHRSM, sauf trois d'entre eux qui en plus de cette fonction, y travaillent comme infirmier en chef, infirmier faisant partie du « tour de soins continus » et coordinateur local des donneurs d'organes et de tissus. Concernant le parcours professionnel antérieur, il est intéressant de noter que cinq des infirmiers interrogés ont eu une expérience en USI d'un autre hôpital auparavant, raison pour laquelle le nombre moyen d'années d'expérience en USI en général n'est pas égal à celui du CHRSM.

La majorité des soignants interrogés sont des femmes : huit femmes contre quatre hommes. Toutes les tranches d'âges sont représentées à travers cet échantillon, 25 ans étant l'âge de la plus jeune personne interviewée, contre 62 ans pour la plus expérimentée, avec une moyenne de 40,5 ans. Ainsi, les soignants interrogés ont une expérience notable dans le secteur des soins intensifs, avec une moyenne de 13,33 années au CHRSM, dont un maximum de 28 ans. Le temps de travail des répondants est variable, entre mi-temps et temps plein, avec un temps de travail moyen de 78,9 %.

Les formations réalisées par ces répondants sont variées, hormis le fait qu'ils soient tous infirmiers avec une spécialisation SIAMU (Soins Intensifs et Aide Médicale Urgente). En effet, certains infirmiers participants à cette recherche ont réalisé d'autres formations complémentaires, comme la qualification en soins palliatifs pour deux d'entre eux, une formation en éthique des soins pour un autre, ainsi qu'un master en santé publique pour l'un d'entre eux.

II. Analyse thématique

Cette partie répertorie les différents thèmes qui ont émergé, suite à l'analyse des entretiens des infirmiers interrogés, afin de répondre à la question de recherche :

« Comment une concertation interprofessionnelle palliative aux soins intensifs impacte-t-elle le sens et la satisfaction au travail du personnel infirmier des soins intensifs du CHRSM site Meuse ? »

L'analyse des entretiens montre que les notions de sens et satisfaction au travail sont intimement liées. Une thématique importante, qui vient soutenir positivement la satisfaction et le sens au travail des infirmiers interrogés, est l'émergence de cette collaboration interprofessionnelle puisqu'elle apporte une plus grande cohérence dans les soins. Cette concertation interprofessionnelle est soutenue par différents aspects, qui sont source de satisfaction et sens au travail : il s'agit d'un échange formel, au départ de l'échelle PICT, et cette concertation permet de recentrer la prise en charge sur le patient et ses proches, améliore la communication entre tous les acteurs qui gravitent autour du patient et augmente la prise en considération du point de vue infirmier.

Avant de passer à une analyse détaillée des résultats, il est intéressant de relever que tous les infirmiers interrogés estiment que cette concertation interdisciplinaire apporte une plus-value au sein de ce service de soins intensifs, comme le montrent les extraits suivants : « *Je trouve beaucoup de positif à cette démarche palliative et thérapeutique au sens large.* » (R10), « *Ce genre de projet, me porte dans mes valeurs, dans le sens que je donne à mon travail.* » (R5), « *Pour moi, ce « tour palliatif », c'est très, très bien. Et je suis admirative de ce que ce groupe de personnes fait. C'est vraiment super.* » (R7). Tous les répondants sont très enthousiastes par rapport à cette démarche au sein de leur service, à l'exception d'un infirmier interrogé qui est plus nuancé dans ses propos : « *Ça a un impact plus positif que négatif (...) je suis plutôt tempéré. Dans un premier temps, c'est vrai que ça a commencé sur les chapeaux de roues. Et ensuite, le soufflé est un peu retombé, où on est retourné par moments dans les travers, où c'était l'acharnement à tout prix. Et il fallait vraiment réappuyer sur le fait que le patient ne voulait pas d'acharnement, ou qu'un médecin s'y intéresse pour que les choses se mettent en place.* » (R4) ; même si dans la suite de son entretien cette personne explique que cela semble être des cas isolés puisqu'elle ajoute « *(...) ça s'est fortement amélioré quand même après le « tour de soins continus », et donc ils sont quand même moins « jusqu'aboutistes ».* » (R4).

Une collaboration interprofessionnelle qui apporte une plus grande cohérence dans les soins

Tous les infirmiers interviewés définissent globalement le « tour de soins continus » de la même manière, en mentionnant à chaque fois la présence de divers professionnels de deux disciplines - les soins intensifs et les soins palliatifs - dans cette concertation : « (...) *une concertation hebdomadaire, qui réunit à la fois les médecins et des infirmières des soins intensifs, et donc l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital, qu'on appelle EMASC.* » (R1). Rares sont les répondants qui étaient au courant de l'arrivée, quelques semaines auparavant, d'une gériatre au sein du « tour de soins continus ». Néanmoins ils ont tous réagi de manière positive à l'inclusion de cette discipline supplémentaire au sein de cette démarche : « (...) *c'est une chose qui ne peut être que bénéfique, car la population moyenne aux soins intensifs est une population âgée. Et donc, l'expertise du gériatre a tout son sens dans le « tour palliatif ».* » (R4). Lors de cette réunion, il arrive régulièrement que la collaboration interdisciplinaire s'étende, grâce à l'appel du médecin traitant, ou autre médecin spécialiste qui suit le patient (le cas échéant), afin d'enrichir la réflexion sur la conduite thérapeutique à tenir : « *C'est l'occasion aussi même parfois de creuser un peu l'anamnèse, de contacter les médecins traitants ou autre.* » (R1), « *Et en fait, parfois, rien qu'en ayant eu un coup de fil (...) ils ont parfois une réponse toute faite (...) le médecin traitant dit « bah non, ça ne m'étonne pas, ce patient-là n'aurait pas voulu qu'on s'acharne », ou l'oncologue qui dit « non écoutez, moi je comprends bien, on est au bout du traitement, il ne faut pas aller plus loin ».* » (R11).

Une notion qui est ressortie dans tous les entretiens en parlant de cette démarche, c'est qu'elle permet d'éviter « l'acharnement thérapeutique » : « (...) *parler de situations éthiques délicates chez les patients, parfois en fin de vie, avec une poursuite de traitements qui est parfois aberrante ou vaine.* » (R5). Ainsi, l'obstination déraisonnable semble être empêchée grâce à cet échange « *Il n'y a plus cet acharnement, parfois, totalement déraisonnable, parce que pris par une seule tête pensante.* » (R7), « *Je n'ai plus jamais eu l'impression de soigner un patient, où j'ai l'impression de travailler « pour rien », ou de m'acharner.* » (R2). Auparavant, on retrouvait moins cette **anticipation** dans les soins, comme le décrit ce répondant « *Moi je trouve qu'il y avait un vide pour ça finalement, parce que souvent les décisions étaient prises, je ne vais pas dire en catastrophe mais presque, donc on allait très loin. Qu'ici je trouve qu'on est plus dans l'anticipation.* » (R8).

Le but de cette démarche est défini par la plupart des infirmiers comme étant un moment d'échange, à propos des patients hospitalisés aux soins intensifs « *le but premier, c'est justement qu'il y ait une discussion avec cette équipe de soins palliatifs, qui amène leur regard, leur vision* » (R1). L'intérêt de cette réunion réside dans la concertation interprofessionnelle, où chaque acteur de diverses disciplines apporte son **avis** et sa **vision** quant à la situation du patient « *ça permet vraiment une communication optimale entre plusieurs disciplines où ils peuvent exprimer leurs avis, leurs attentes, par rapport à ces patients-là.* » (R5). Cette concertation pluridisciplinaire permet donc d'avoir plus de cohérence entre tous les acteurs qui gravitent autour du patient, grâce au projet thérapeutique établi lors de la concertation, pour les patients ayant un profil palliatif : « (...) *pouvoir discuter du patient, de son avenir, des situations aiguës qui pourraient arriver et d'avoir une réponse par rapport à ça, et de savoir ce qu'on va faire ou ne pas faire.* » (R12), « *ça permet d'éviter des contradictions dans les prises en charge, parce que parfois il y avait des gros changements d'un médecin à l'autre. Au moins ici, globalement on reste sur le même type de prise en charge.* » (R2). Ainsi, cette concertation interprofessionnelle permet d'avoir une meilleure **clarté** et **continuité** dans la démarche de soins, ce qui est porteur de sens pour les infirmiers : « *On sent que les choses sont décidées d'un commun accord, toujours dans l'intérêt du patient, je trouve qu'on fait les soins en sachant vers où on va. Et donc, ça donne un sens à ce qu'on fait, de savoir que les médecins sont dans la même ligne d'idée et qu'il n'y a pas de contre-indications d'un jour à l'autre.* » (R11). En effet, le sens au travail semble s'être amélioré grâce à la **finalité** des soins et à l'attitude thérapeutique adoptée pour chaque patient, suite à cette réflexion collégiale, comme l'explique cet infirmier : « *Je pense que ce « tour palliatif » ça donne un sens, parce que quand on sait pourquoi on soigne les patients et vers où on va, inévitablement, ça nous donne du sens au travail. Le sens, c'est vraiment ça pour moi, c'est de se dire : pourquoi est-ce que je fais les choses ? et dans quel but je fais les choses ? et pour qui je les fais et pour quel bien-être je le fais ?* » (R11).

La répétition de ce type de rencontre, qui a lieu de manière hebdomadaire, permet d'ajuster la prise en charge du patient dont l'hospitalisation est prolongée en USI : « *Réévaluer la situation au moins une fois par semaine, au cas où il y aurait une évolution favorable ou défavorable pour adapter au mieux notre prise en charge.* » (R2). Il n'y a donc pas de décision arrêtée quant à l'attitude thérapeutique à avoir avec le patient, comme le confirme cet infirmier, amenant plus de continuité et de cohérence dans les soins « (...) *les patients sont revus et au final, la décision qui était prise au début de séjour, elle varie pour finalement arriver à quelque*

chose de différent (...) c'est en continu, il y a une continuité, il y a une cohérence (...) ce n'est pas une idée arrêtée. » (R7). La continuité dans la prise en charge du patient ayant un profil palliatif se poursuivra d'ailleurs au-delà des soins intensifs, via l'EMASC, ce qui est bénéfique pour le patient selon les infirmiers : « (...) le patient sera encore suivi après par l'équipe EMASC, à l'étage, s'il est « PICT positif ». » (R1), « Le patient, il connaît déjà l'équipe, donc il sait qu'il y a un suivi, il sait que l'équipe va le suivre après, donc ça doit être plus rassurant pour eux. » (R11).

A) Le « tour de soins continus » : une concertation formelle, centrée sur le patient et ses proches

Les discussions qui ont lieu durant la réunion interprofessionnelle sont **centrées sur le patient** : « *Le but principal c'est de recentrer sur le patient.* » (R11), « (...) le patient se remet au milieu des décisions (...) c'est important parce qu'au final, c'est lui qui doit être maître, tant qu'il le sait, de comment on gère sa santé. » (R8).

Grâce cette concertation hebdomadaire, la prise en considération du point de vue du patient s'est améliorée. En effet, les soignants semblent être plus à l'écoute des **besoins** et **désirs** du patient, mais aussi en respectant l'avis de ses proches, comme l'ont mentionné tous les infirmiers interrogés, dont voici quelques exemples : « (...) mieux écouter les gens et leur famille, et de prendre plus en compte leurs avis. » (R6), « (...) on tient encore plus compte de l'avis du patient, de ce que lui souhaite. Je pense qu'aussi EMASC est encore plus attentif à ça, à respecter le choix du patient » (R1), « (...) prendre le temps de réfléchir aux besoins du patient (...) je trouve qu'il y a vraiment une réflexion sur le long terme pour le patient. On va plus loin dans les démarches, à prendre plus en considération les désirs du patient. Mais aussi par rapport à ce que nous dit la famille. » (R9). Ainsi, ce « tour de soins continus » fait sens aux yeux de ces soignants, car il met en avant la **volonté du patient**, parfois par l'intermédiaire de sa famille, en respectant sa **dignité** : « (...) le patient est soigné dans sa dignité et dans le respect de ses valeurs et de ce qu'il souhaite. Et c'est la base. » (R7), « (...) respect du choix propre au patient ou de sa famille, ça c'est important qu'ils aient leur mot à dire. Sinon, je ne pourrais pas soigner quelqu'un contre sa volonté. » (R4).

Ces notions font écho aux droits du patient, qui semblent désormais mieux respectés, puisque leurs souhaits sont davantage pris en considération : « (...) les droits du patient sont quand même vraiment plus mis en avant qu'avant. » (R11). D'ailleurs, une personne

expérimentée a confié du changement dans sa manière d'aborder les choses avec son patient, pour mieux connaître ses volontés : « *Moi avant, c'est vrai que c'était une question que je ne posais pas spécialement. « Est-ce que vous pensez qu'on fait trop de choses autour de vous? Est-ce que vous en avez assez de tout ce qu'on fait autour de vous? » C'était des choses, des questions que je n'aurais pas posées, il y a peut-être cinq ans, et que maintenant oui parfois je m'autorise à poser.* » (R8). Il est important de préciser qu'il est difficile de savoir l'origine même de cette évolution, puisqu'elle peut être associée à une évolution des mentalités : « *C'est peut-être aussi lié à une autre génération médicale. Voilà, les mentalités évoluent aussi. Peut-être que nous, les infirmiers, on est peut-être aussi plus ouverts et plus disponibles.* » (R7).

Grâce à cette concertation pluridisciplinaire, le **confort psychologique** des patients et de leurs proches semble mieux pris en considération, qu'il y ait une démarche palliative ou non mise en œuvre, comme le mentionne la plupart des répondants : : « *(...) on voit beaucoup plus maintenant le soutien des psychologues.* » (R1), « *(...) des actions pour le bien-être psychologique du patient ou de sa famille sont plus vite mises en place qu'auparavant.* » (R4), « *(...) même si on ne parle pas de palliatif, rien qu'au niveau du suivi psychologique des patients et des familles, je pense qu'on a fait un pas énorme en un an pour tous ces patients.* » (R11). La prise en charge **psychosociale** semble s'être globalement améliorée « *Maintenant, j'ai quand même l'impression que les infirmiers prennent plus vite l'initiative de contacter l'assistante sociale, ou la psychologue quand c'est nécessaire.* » (R4), ouvrant même à d'autres perspectives de prise en charge du bien-être pour le patient, comme le mentionne cet infirmier : « *Ça nous fait réfléchir un peu plus aux possibilités qu'on peut avoir dans l'hôpital en termes de soins esthétiques, de massages, de passages de psychologues. Moi, je trouve que ça humanise vraiment beaucoup plus le temps du patient chez nous.* » (R7). Le **confort physique** du patient en situation palliative est également un élément pris en considération lors de cette discussion, comme l'explique trois des répondants : « *(...) en prenant peut-être plus en compte leur confort.* » (R1), « *(...) ça améliore aussi la gestion de la douleur.* » (R4), « *(...) on est déjà beaucoup plus attentif au confort et à l'entourage qu'à soigner, soigner, guérir, guérir. On est beaucoup plus dans le confort.* » (R5). Ainsi, grâce à une meilleure prise en considération du **bien-être** du patient, voire de leurs proches, cette démarche est porteuse de sens pour les soignants : « *(...) ce qui est important au niveau de mes valeurs au travail, c'est tout ce qui est bien-être, qualité de vie, confort. J'ai besoin d'avoir ces valeurs-là pour trouver un sens à mon travail. Et donc, je pense que ce « tour palliatif » ça rentre totalement là-dedans.* » (R12).

Le « tour de soins continus » a donc des répercussions positives pour ces infirmiers des soins intensifs : « *De savoir que tu travailles dans le bien-être de l'autre, ça t'apporte inévitablement du bien-être à toi. Parce que tu te dis qu'en fait, tu le fais bien ton travail et c'est beau.* » (R5).

Avant le début de cette concertation pluridisciplinaire aux soins intensifs, la **qualité de vie** future des patients semblait peu prise en considération dans l'approche thérapeutique proposée, comme le fait remarquer ce répondant « *Parfois, je trouve qu'on ne prenait pas assez en compte la qualité de vie du patient après. Parce que sortir des soins intensifs et sauver le patient c'est bien, mais avoir une qualité de vie, c'est bien aussi.* » (R12). Désormais, il semble y avoir une réflexion portée davantage aux **perspectives** pour le patient et à son avenir : « *Il y a des discussions qui sont faites à son sujet sur son avenir, son devenir.* » (R7), « *Pour juger qu'ils aient une qualité de vie qui leur conviennent.* » (R11). En effet, l'équipe de soins palliatifs apporte une considération renforcée sur les besoins du patient, en mettant l'accent sur la **globalité** de la prise en charge, comme le soulignent certains répondants « *(...) avec l'apport de l'équipe des soins palliatifs, ça amène quand même une autre vision : de se dire, ok, mais est-ce que c'est utile pour l'avenir de ce patient ? (...) On regarde plus dans la globalité du patient.* » (R1), « *(...) on tient compte peut-être un peu plus maintenant de l'histoire du patient, son contexte de vie.* » (R1). Ainsi, la prise en charge des patients à visée palliative se veut plus **juste**, grâce à une personnalisation du parcours de soins, adaptée aux perspectives d'évolution des patients : « *prises en charge qui se veulent plus justes, moins excessives dans certains cas.* » (R7).

Autres éléments qui donnent du sens au travail pour ces soignants, que l'on retrouve à travers cette démarche aux soins intensifs, ce sont les notions d'écoute, d'échange et de respect : « *Parce que je veux donner ce sens-là, à mon travail. Cette écoute, cet échange, ce respect, cette envie de bien faire aussi, mais de manière humaine, c'est ce qu'on retrouve dans ce « tour palliatifs ».* » (R5). Généralement, tous les infirmiers interviewés s'accordent à dire que cette démarche aux soins intensifs est porteuse d'**humanité** et d'**empathie**, ayant des répercussions positives sur leur travail : « *C'est grâce à des projets comme ceux-là que j'arrive à retrouver de l'humain, ce qui me manquait parfois.* » (R5), « *Je pense qu'au niveau du travail, ça ramène un petit peu d'humanité et d'empathie. Ça fait partie aussi de mes valeurs, c'est soigner plus humainement. Et je pense que ce « tour palliatif » nous amène à être plus humains dans les choses.* » (R6).

B) Le PICT : une opportunité pour initier la réflexion sur les besoins des patients

L'échelle PICT (voir Annexe 2) est utilisée lors de cette réunion pour amorcer la discussion au sujet de chaque personne hospitalisée en USI. En effet, cet outil permet de définir si une approche palliative est préconisée dans la prise en charge du patient, comme l'explique cet infirmier interrogé : « *Ils partent d'un élément objectif qui est l'évaluation avec la grille, l'échelle PICT, où il faut répondre à des questions. Ils voient si en fonction des critères le patient est positif ou négatif.* » (R10). Le fait de définir le profil palliatif ou non du patient, de **manière objective** grâce à l'échelle PICT, est un élément satisfaisant soulevé par ce même infirmier : « *Pour moi c'est vraiment un guideline de travail, au départ d'une grille de critères objectifs.* » (R10).

Lorsque l'échelle PICT est positive, le **projet thérapeutique** du patient sera discuté lors de cette concertation pluridisciplinaire « *En utilisant l'échelle PICT (...) si la réponse est positive, alors là on va clairement se concentrer sur le devenir du patient.* » (R1), « *De faire une échelle PICT pour chacun, pour voir si ce sont des patients qui sont à visée de traitement palliatif. Et en fonction de ça, de voir ce qu'on peut aménager pour eux, en tout cas au niveau projet thérapeutique.* » (R11). Les patients « PICT positif » - dénomination donnée par les soignants interrogés aux patients répondant positivement à l'échelle PICT - et leurs proches pourront également bénéficier d'une prise en charge **personnalisée** par l'EMASC puisque cette concertation induit « *(...) la mise en place précoce d'actions comme la venue de l'équipe EMASC, avec le soutien psychologique, que ce soit tant aux patients qu'à la famille.* » (R4). Ainsi, cette échelle permet de renforcer le choix de l'attitude thérapeutique à adopter pour le patient, notamment lorsqu'elle est positive : « *Si l'échelle PICT est positive, ça te conforte dans ton idée que c'est du palliatif et que tu vises le confort.* » (R3).

Quant aux patients répondant négativement à l'échelle PICT, dénommés « patients PICT négatif », la réflexion se poursuit après avoir complété cette grille. En effet, la plupart des infirmiers estiment que la prise en charge des patients « PICT négatif » s'est améliorée grâce à cette concertation hebdomadaire pluridisciplinaire, ayant des répercussions positives sur leur travail : « *(...) les patients qui sont « PICT négatifs » ont ce droit que leur cas soit aussi étudié, réfléchi.* » (R7), « *(...) si on est des unités de soins intensifs qui réfléchissent au palliatif, on réfléchit aussi davantage au projet thérapeutique des gens qui sont « PICT négatifs ».* » (R10). Néanmoins, trois répondants estiment que la prise en charge des patients à

visée non palliative n'a pas évolué depuis le début de la mise en place de cette concertation interprofessionnelle : « *Non, là, ça ne change rien, enfin pour moi en tout cas.* » (R3), « *Je ne pense pas que ça change quelque chose pour les gens qui sont « PICT négatif ».* » (R8). Un infirmier précise « *On n'avait pas des mauvais soins avant, on n'avait pas des mauvaises prises en charge, enfin, on était quand même assez bienveillant au niveau des patients.* » (R11), en ajoutant que la concertation abordant les patients évalués « PICT négatif » se résume souvent à trouver des solutions pour répondre à certains de leurs **besoins** : « *Alors, les « PICT négatifs », ça dépend un petit peu parce qu'on a quand même beaucoup de patients qui sont opérés et qui viennent passer un, deux, trois jours pour lesquels en fait il n'y a pas vraiment de particularité. (...) ceux qui ont un PICT négatif et qui ont besoin soit d'une psychologue, soit d'une assistance sociale, ce sont des choses qu'on va mettre en place peut-être de manière plus spontanée.* » (R11). Ainsi, cette démarche aura des répercussions positives, grâce à une amélioration de l'expertise soignante pour mieux répondre aux besoins psychosociaux des patients n'ayant pas un profil palliatif.

C) Une communication améliorée entre tous les acteurs

Tous les infirmiers interviewés se rejoignent sur le fait que cette démarche palliative aux soins intensifs a permis d'améliorer la communication entre les différents professionnels qui gravitent autour du patient : « *Parfois, on n'était pas vraiment au courant, on voyait juste qu'il était écrit NTBR [Not To Be Resuscitated] dans le dossier.* » (R3), « (...) *ça a amené un dialogue collégial qu'il n'y avait pas avant.* » (R7), « *Ça permet aussi une meilleure communication entre les différents intervenants, médecin, infirmier, kiné, psychologue.* » (R4). Or, une communication optimale peut influencer positivement la prise en charge des patients : « *Accroître le dialogue, ça donne une meilleure prise en charge, je pense.* » (R10)

Ainsi, les infirmiers des soins intensifs semblent avoir plus facile à échanger avec les réanimateurs lors de situation complexe, puisqu'ils osent **davantage poser des questions et exprimer leur réflexion** : « *Je trouve qu'on est plus à l'aise à parler de ces sujets-là, alors que parfois ça pouvait être un **tabou** (...)* » (R9), « (...) *les médecins sont quand même plus abordables, il y a moyen d'en discuter.* » (R12), « (...) *ça **délie les langues** plus facilement entre les collègues, pour parler plus facilement de ce qui ne va pas pour certains patients, surtout au niveau de l'acharnement (...)* » (R5). D'ailleurs, cette communication clarifiée entre les professionnels de la santé entraîne plus de cohérence dans la prise en charge des personnes hospitalisées, ayant des répercussions positives dans les échanges avec le patient et ses proches :

« (...) on ne ressent plus de « malaise » vis à vis du patient ou de sa famille, étant donné qu'on sait vers quoi on va et qu'il n'y a plus de contradiction entre les médecins. » (R2), « Je trouve qu'on sait plus facilement aborder les familles, parce qu'on sait que tout le monde va dans le même sens, et pas chacun qui disait sa petite chose ou interprétait chacun à sa manière. (...) pour les familles c'est plus clair. » (R8).

L'amélioration des échanges entre infirmiers et médecins est un élément de satisfaction au travail qui a été relevé lors des entretiens : « Je trouve que c'est quand même plus gai de travailler en équipe, pour avoir connu des médecins qui travaillaient un peu plus de leur côté, où eux ils faisaient leur travail et nous on exécutait leurs ordres. Maintenant, je trouve qu'il y a quand même plus d'échanges avec les médecins, donc ça je trouve que c'est plus agréable. » (R3). Cette communication améliorée peut être également porteuse de sens au travail, grâce à une meilleure compréhension des objectifs et de la **finalité** de soins : « On donne du sens parce qu'on comprend mieux les raisons. » (R8), « Ça nous permet de donner aussi plus de sens à notre travail. On comprend mieux, enfin avant aussi, mais avant il y avait une certaine distance. Parfois on faisait les choses, mais sans... pas sans comprendre, mais sans être d'accord. Maintenant, on ose peut-être plus poser les questions. » (R3).

D) L'émergence d'une collaboration interprofessionnelle : le point de vue infirmier mieux pris en considération

Lors de cette réunion pluridisciplinaire, les infirmiers des soins intensifs sont **représentés** par l'une de leur collègue - puisque trois infirmières ayant la qualification en soins palliatifs et travaillant aux soins intensifs participent à tour de rôle au « tour de soins continus » - le but étant d'apporter le regard d'une infirmière « qui a du bagage, de l'expérience, et qui peut avoir une vision très objective » (R10), tout en transmettant le regard de ses collègues du terrain : « (...) c'est elle qui vient prendre les informations dans les trois unités. (...) ce qui est important, c'est que les infirmiers qui prennent en charge le patient, qui sont les premiers au chevet du malade, auprès des familles, puissent bien remonter [à cette infirmière] les informations spécifiques.» (R1).

Les infirmiers interrogés sont conscients que les médecins intensivistes ont parfois de lourdes responsabilités à prendre, notamment lors de limitations thérapeutiques : « Ce ne sont pas non plus des décisions faciles à prendre. Nous, évidemment, on est un peu plus passif, ce n'est pas nous qui prenons les décisions, donc pour les médecins sur le moment venu ce n'est

pas toujours facile de se dire qu'on limite les soins. Je pense qu'il faut aussi se mettre à leur place, et que ce n'est pas toujours noir ou blanc. » (R3). Cette décision peut être d'autant plus difficile à prendre dans l'univers très technique des soins intensifs « (...) le problème des intensivistes, c'est qu'ils vont souvent trop loin, parce qu'on a toujours plein de possibilités, on a plein de machines pour pallier à plein de problèmes (...) » (R12).

Néanmoins, l'infirmier qui est en contact étroit avec le patient, estime que son avis est important quant au projet thérapeutique de celui-ci, puisqu'il peut avoir un **autre regard** sur la situation, d'ailleurs tous les infirmiers interrogés sont unanimes sur ce point : « *Même si je suis consciente que la décision ne nous revient pas, mais je trouve que c'est quand même intéressant qu'ils aient notre avis, parce qu'on passe plus de temps au chevet du malade qu'eux. » (R3), « (...) je pense qu'on a un autre regard (...) on est complémentaire, on doit discuter ensemble de ces sujets-là. » (R12). D'ailleurs cette démarche semble faire évoluer les choses, puisque le point de vue des infirmiers semble davantage pris en considération, ce qui est **valorisant** pour eux « (...) le personnel infirmier, effectivement, je reviens sur le fait qu'il se sente plus écouté et valorisé. » (R4), alors que ce n'était pas spécialement le cas avant la mise en place du « tour de soins continus » : « *Alors qu'avant, on n'en discutait pas (...) c'était l'avis médical seul, qui disait « On fait ça, on continue ». » (R12). Cette collaboration interprofessionnelle est d'ailleurs source de satisfaction au travail, grâce à une meilleure **écoute** du point de vue de l'infirmier « Tu sais que ta pensée a été transmise, que ça a été discuté et qu'ensuite les prises de décisions seront justifiées (...) ça crée un confort de travail, parce qu'il y a une transparence, une écoute. » (R8), améliorant également la **cohésion d'équipe** « plus de cohésion, car notre avis est plus écouté (...) c'est plus gai de travailler en équipe. » (R3).**

Par ailleurs, certains répondants aimeraient aller plus loin dans cette collaboration, en manifestant leur souhait de vouloir participer à cette réunion interdisciplinaire, notamment « *pour des patients chez qui on sent d'emblée qu'il va y avoir une discussion un peu épineuse (...) l'infirmière qui s'en occupe aurait sa place. » (R7), en justifiant cette volonté par le fait de vouloir « (...) dire son ressenti, et peut-être pouvoir entendre aussi, pour être encore un peu plus dans la situation du patient. » (R7).*

Discussion

Dans cette partie, l'objectif est de confronter la littérature sur le sujet de cette recherche, avec les résultats obtenus suite à l'analyse thématique des entretiens réalisés, afin de répondre à la question de recherche suivante :

« Comment une concertation interprofessionnelle palliative aux soins intensifs impacte-t-elle le sens et la satisfaction au travail du personnel infirmier des soins intensifs du CHRSM site Meuse ? »

Cette discussion permet de répondre aux objectifs de cette recherche, qui sont de comprendre comment et pourquoi cette concertation interprofessionnelle a un impact sur le sens et la satisfaction au travail de ces infirmiers travaillant aux soins intensifs. Par la suite, nous abordons les forces et limites de cette étude, pour ensuite conclure et évoquer des pistes de réflexion et perspectives.

Tout d'abord, les résultats de cette recherche qualitative ont montré une satisfaction générale des infirmiers interrogés quant à ce « tour de soins continus ». En effet, les infirmiers ont décrit une amélioration de la collaboration interprofessionnelle aux soins intensifs grâce à cette démarche, qui apporte plus de clarté, continuité, justesse et cohérence dans les soins, ce qui est porteur de sens dans leur travail. Cette concertation formelle, centrée sur le patient et ses proches, permet de mieux répondre à leurs besoins et d'optimiser la prise en charge de la souffrance psychique, voire physique du patient, améliorant la qualité des soins et l'aspect relationnel avec la personne hospitalisée et sa famille. L'échelle PICT (Annexe 2), qui est utilisée pour initier la discussion à propos de chaque patient, permet d'identifier de manière objective les patients pouvant bénéficier d'une approche palliative, leur facilitant ensuite l'accès à l'EMASC. Ainsi, cette démarche est source de satisfaction au travail, car elle permet d'améliorer la communication entre tous les professionnels travaillant aux soins intensifs, renforçant la collaboration et le travail d'équipe en USI. Enfin, l'expertise infirmière est mieux prise en considération dans l'approche thérapeutique proposée au patient, ce qui est également source de satisfaction selon les soignants interrogés.

I. Une amélioration de la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire, source de satisfaction au travail

Le « tour de soins continus », réalisé aux soins intensifs du CHRSM site Meuse, est une concertation interprofessionnelle (avec des médecins, des infirmiers et des psychologues) et interdisciplinaire, puisque ces professionnels proviennent de différentes spécialités (les soins intensifs, les soins palliatifs et la gériatrie). Concrètement, ces soignants se rencontrent de manière hebdomadaire pour débattre ensemble des personnes hospitalisées aux soins intensifs, où chaque participant peut apporter son **expertise** par rapport à la situation exposée des patients. Dans ce contexte, cette concertation fait référence à un leadership transformationnel avec une approche participative, ce qui est décrit comme un levier d'attractivité au travail pour les professionnels de la santé (Schmalenberg and Kramer, 2008). Par ailleurs, on retrouve la notion d'interdisciplinarité développée par Perrier (2005), via la prise en compte des contributions de tous les membres du groupe, provenant de diverses disciplines : « (...) *communication optimale entre plusieurs disciplines où ils peuvent exprimer leurs avis, leurs attentes, par rapport à ces patients-là.* » (R5). De plus, ce « tour de soins continus » fait référence à la logique de la collaboration interprofessionnelle décrite par Danielle D'Amour (Tableau 1 p. 6) grâce à la vision humaniste du patient, qui est considéré dans sa globalité comme un être biopsychosocial, où son avis et ses besoins sont pris en considération (D'Amour, 1998). Lors de cette réunion, on retrouve également un partenariat interactif entre les professionnels, grâce à l'intégration des connaissances de chaque soignant participant et aux partages de leur avis et vision, dont l'approche est toujours centrée sur l'intérêt du patient (D'Amour, 1998). L'interprofessionnalité décrite par Fumeaux et Wehrli (2017) est aussi présente à travers cette démarche de soins en USI, permettant d'optimiser la collaboration entre les soins intensifs et les soins palliatifs, grâce au travail en **synergie** et interdépendance qui se crée lors de ces rencontres. Ainsi, selon les infirmiers interrogés, le « tour de soins continus » permet d'améliorer la communication et la collaboration entre différents professionnels de la santé qui gravitent autour du patient aux soins intensifs. Or, la collaboration interprofessionnelle est reconnue comme source de satisfaction au travail pour les soignants (Boev et al., 2022; Champagne et Gaudreault, 2019), notamment car elle permet de **mieux résoudre les problèmes** complexes et d'encourager l'**esprit d'équipe** (Asmar and Wacheux, 2007) - comme on le retrouve lors de cette concertation hebdomadaire.

La littérature sur le sujet montre l'importance d'instaurer une approche palliative aux soins intensifs, et ce dès l'admission du patient dans cette unité (Lanken, 2008). Dans le cas présent, le service de soins intensifs réalise une évaluation systématique et précoce des besoins éventuels des patients en terme de prise en charge palliative, grâce à cette concertation interprofessionnelle qui a lieu tous les jeudis. Néanmoins, des infirmiers ont affirmé que cette démarche inculquait une « culture palliative » au sein de ce service, permettant aux patients de bénéficier de ce type d'approche de manière anticipée si besoin, sans forcément attendre la prochaine concertation pour prendre des décisions ou mettre des actions en place dans l'intérêt du patient et de ses proches. Ainsi, dans le cadre de ce « tour de soins continus » développé au CHRSM, on retrouve « l'approche mixte » (Curtis et al, 2022) d'une collaboration entre les soins intensifs et les soins palliatifs. En effet, cette démarche combine à la fois une « approche primaire », puisque certains soignants des soins intensifs sont amenés à réaliser des soins palliatifs et que certains d'entre eux se sont spécialisés dans cette discipline, et une « approche spécialisée » grâce à l'EMASC, qui apporte son expertise et une prise en charge palliative en USI aux patients répondant positivement à l'échelle PICT. Les infirmiers interrogés décrivent d'ailleurs cette concertation interdisciplinaire comme étant une particularité, mais surtout une force et une richesse, permettant une meilleure prise en considération de toutes les dimensions - parfois complexes - qui caractérisent le patient, sa pathologie, ses besoins et les perspectives d'évolution. Ainsi, l'approche mixte de soins palliatifs aux soins intensifs qui est proposée en USI du CHRSM permet une **coopération** et **communication** adéquate entre les deux disciplines, mais aussi de **mieux identifier** les patients ayant besoin d'une approche palliative, comme le recommande Curtis et al. (2022). D'ailleurs, la pluridisciplinarité et le travail d'équipe sont identifiés comme étant sources de satisfaction au travail des infirmiers travaillant dans l'univers des soins palliatifs (De Bonnières et al., 2010), avec un même constat auprès des infirmiers des soins intensifs interrogés.

L'initiation de la discussion se fait sur base objective, grâce à l'utilisation de l'échelle PICT (Annexe 2). En cas de résultat positif à cette échelle, le patient pourra bénéficier d'une approche palliative et d'un soutien de la part de l'EMASC, ainsi que l'élaboration d'un projet thérapeutique par cette équipe interdisciplinaire. Alors que dans le cas d'une échelle PICT négative, il s'agira principalement de répondre aux besoins éventuels du patient (soutien psychologique via les psychologues de liaison, aide sociale, etc.). L'utilisation du PICT a été soulevé par certains infirmiers comme un gage de **qualité des soins** : l'utilisation de cet outil basé sur des critères objectifs permet de se mettre d'accord, sans se fier uniquement à des

intuitions subjectives pouvant porter à confusion, renforçant le choix de l'attitude thérapeutique à adopter pour chaque patient - ce qui est également source de satisfaction au travail (De Bonnières et al., 2010; Estry-Béhar, 2008).

Les infirmiers interrogés sont également satisfaits de cette démarche palliative aux soins intensifs, car elle permet de **mieux prendre en considération leur point de vue** par rapport à la situation des patients hospitalisés dans leur service. En effet, lors de cette concertation, ces infirmiers sont **représentés** par l'une de leurs trois collègues qui a effectué une qualification complémentaire en soins palliatifs, qui va à leur rencontre avant la réunion afin d'obtenir leur ressenti quant à l'évolution et aux besoins des patients qu'ils prennent en charge. Tous les infirmiers qui ont participé à cette étude estiment qu'il est important que leur avis soit pris en compte, afin de définir un projet thérapeutique adéquat pour leur patient, puisqu'ils peuvent avoir un autre regard sur la situation. Cette notion fait référence à celle développée par Hov et al. (2007), qui recommandent aux réanimateurs de considérer les connaissances des infirmiers comme une contribution importante dans la prise de décision. En effet, le contexte de retrait thérapeutique peut être source de conflit entre médecins et infirmiers lorsque leurs points de vue divergent (Poncet et al., 2007), pouvant amener à de l'épuisement professionnel pour ces soignants (Embriaco et al., 2007). Pour lutter contre cela, il est nécessaire d'établir une collaboration et une communication optimales entre les infirmiers et les médecins, qui sera d'ailleurs source de satisfaction au travail (Kornig et al., 2018; Lanfroy et al., 2019). On retrouve ces éléments au travers des entretiens réalisés : les infirmiers expliquent que cette démarche a permis d'améliorer la communication interprofessionnelle, puisqu'ils osent davantage **poser leurs questions** aux réanimateurs sur le projet thérapeutique établi des patients, qu'il n'existe plus de « *sujet tabou* » (R9) par rapport à la notion de fin de vie, ou encore qu'ils expriment désormais aisément leur **réflexion** quant à la situation des personnes qu'ils soignent. A ce propos, la qualité des relations au travail et la reconnaissance sont des facteurs de sens au travail (Morin, 2010), impactant positivement les conditions de travail des soignants.

II. Une démarche porteuse de sens, qui améliore la cohérence dans les soins

Une notion qui est ressortie dans tous les entretiens, c'est que ce « tour de soins continus » permet d'**éviter l'obstination déraisonnable**. La littérature sur le sujet va dans ce sens, puisqu'il est prouvé qu'une démarche palliative aux soins intensifs améliorerait la cohérence dans les objectifs de soins (Poi et al., 2023). En effet, il peut s'avérer complexe pour des médecins réanimateurs de définir quand ils ont atteint les limites de soins raisonnables à apporter à leur patient. Ce phénomène s'explique par la **haute technicité** de l'univers des soins intensifs, comme le décrit Gardaz et al. (2021), mais également quelques infirmiers interviewés, qui expliquent que les nombreuses machines et autres puissants médicaments permettent aisément un maintien en vie de manière artificielle. Ainsi, l'apport de l'EMASC dans la réflexion quant au projet thérapeutique à proposer au patient à visée palliative est une plus-value. Les infirmiers évoquent des prises en charge « plus justes » grâce à cette démarche, puisque cette équipe spécialisée en soins palliatifs sera plus à même de définir une approche permettant d'**améliorer la qualité de vie** et le **soutien** aux patients (et ses proches) dont le pronostic vital à court ou moyen terme est engagé (Guay et al., 2019; Hartjes, 2015).

Grâce à cette concertation interdisciplinaire, il semble y avoir plus de **cohérence** et d'**anticipation** dans le projet thérapeutique indiqué au patient séjournant aux soins intensifs. En effet, le cas de chaque patient est examiné durant cet échange, aboutissant à une attitude thérapeutique **uniforme** entre les professionnels de la santé, évitant les contradictions comme cela pouvait être le cas auparavant, ou des prises de décisions « en catastrophe » car non anticipées au préalable. D'ailleurs, les infirmiers ont exprimé de la satisfaction grâce à une amélioration de la **clarté** et de la **finalité** dans les projets de soins des patients hospitalisés en USI. Toutes ces notions renvoient à la définition du sens au travail selon Maunz and Glaser (2024), grâce au fait que l'individu perçoive la signification de la raison des actions qui lui sont confiées. La clarification de la démarche de soins a des répercussions positives dans les échanges entre l'infirmier et le patient, voire ses proches, ce qui représente un facteur de satisfaction au travail (De Bonnières et al., 2010; Galuska and Bursch, 2020). En effet, les soignants interrogés estiment qu'ils ont plus de facilité à communiquer avec le patient, ou sa famille, puisque le projet thérapeutique est désormais plus clair, respectant une meilleure continuité entre les différents professionnels de la santé. La continuité dans la démarche de soins se retrouve d'ailleurs au-delà des soins intensifs, puisque le soutien aux patients et leurs

proches initié en USI par l'EMASC ou par les psychologues de liaison à la suite de cette concertation, se poursuit lorsque le patient est transféré dans un autre service - ce qui est porteur de sens pour les infirmiers interrogés.

Autre élément porteur de sens à travers cette démarche, et non des moindres : la place du patient, qui est au **centre des préoccupations**. En effet, les infirmiers qui ont participé à cette recherche ont expliqué que cette démarche palliative aux soins intensifs permettait de recentrer la réflexion sur le patient, en privilégiant ses besoins et ses volontés, mais aussi en respectant l'avis de ses proches. D'ailleurs, une meilleure considération de **l'avis du patient** et la **défense de ses intérêts**, impulsés par la participation de l'EMASC dans cette concertation interprofessionnelle, sont référés comme sources d'épanouissement professionnel pour les infirmiers travaillant aux soins intensifs (Poi et al., 2023). Kornig et al. ont également cité l'importance de focaliser son attention sur le « client », qui doit être le point de départ et d'arrivée des discussions, comme l'une des conditions de travail idéales décrites par les soignants (Kornig et al., 2018).

Selon les infirmiers interrogés, l'expertise de professionnels en soins palliatifs apporte de **l'humanité**, de la **dignité** et une meilleure prise en considération de la qualité de vie du patient, notamment par rapport à ses **perspectives** d'évolution. En effet, des répondants ont mentionné le fait que certains professionnels des soins intensifs avaient une vision « trop à court terme » de leur patient, où la finalité était de guérir de l'affection actuelle, manquant parfois d'objectivité quant à la **globalité** des caractéristiques du patient. L'apport de la vision de spécialistes dans le domaine des soins palliatifs est donc une opportunité, notamment afin d'optimiser la **qualité de vie** et le bien-être du patient (Radbruch et al., 2020).

Par ailleurs, le soutien **psychologique**, aussi bien pour le patient que sa famille, s'est amélioré depuis l'instauration de cette démarche aux soins intensifs, que le patient soit dans une démarche palliative ou non. En effet, le fait de convier systématiquement des psychologues lors de la concertation, permet à ces professionnels de mieux identifier les demandes et les besoins en terme de prise en charge psychologique, mais également d'avoir un meilleur suivi sur l'évolution de leurs patients, permettant d'adapter au mieux leur soutien au patient et ses proches. En dehors de cette concertation, les infirmiers semblent être plus enclins à contacter rapidement ces psychologues, en cas de besoin pour leur patient ou sa famille. En plus d'être bénéfique pour la personne hospitalisée, ainsi que ses proches, ces professionnels s'entretiennent avec le personnel infirmier, pouvant être une source de soutien pour eux également. A noter que l'engagement de nouveaux psychologues au sein de l'institution, peut

aussi être l'une des raisons expliquant l'amélioration de la prise en charge psychologique des personnes à l'USI. De plus, certains infirmiers ont mentionné une amélioration du **confort physique** des patients suite à l'instauration de cette concertation interdisciplinaire, grâce à une meilleure gestion de la douleur. Cette notion s'explique probablement par le fait que les infirmiers sont davantage sensibles à l'évaluation et au traitement de la douleur, chez les patients qui bénéficient d'une approche palliative. Ainsi, tous ces éléments mentionnés sont décrits dans la littérature, puisqu'il est prouvé que l'intégration d'une démarche palliative en USI permet d'avoir une gestion de la souffrance physique et psychique des patients plus efficace, ainsi qu'un soutien aux proches du malade mieux adapté (Mercadante et al., 2018; Alshehri et al., 2022).

Enfin, cette démarche prône le **bien-être** du patient et de ses proches, ce qui a des répercussions positives pour le soignant : « De savoir que tu travailles dans le bien-être de l'autre, ça t'apporte inévitablement du bien-être à toi. Parce que tu te dis qu'en fait, tu le fais bien ton travail et c'est beau. » (R5). Cette notion du « prendre soin », en apportant un accompagnement de qualité, est d'ailleurs décrite comme élément permettant de donner du sens à la profession infirmière (Vitry, 2022), renforçant la notion de se rendre utile socialement qui est chère aux soignants selon Vitry. Or, pour rappel, une prise en charge palliative a comme principal objectif d'optimiser la qualité de vie et le bien-être du patient (Radbruch et al., 2020 ; Guay et al., 2019 ; Hartjes, 2015), ce qui est d'ailleurs l'une des missions de ce « tour de soins continus » en USI du CHRSM site Meuse.

III. Forces et limites de cette étude

Cette recherche comporte certaines forces et limites, qu'il est important de mentionner.

Une première limite est liée à l'échantillon. Les infirmiers participants à cette étude se sont manifestés spontanément auprès de la mémorante, suite à la diffusion d'une annonce expliquant l'objet de cette recherche, ainsi que les modalités (entretien semi-dirigé sur base volontaire). A la suite de cela, douze infirmiers se sont manifestés pour proposer leur participation, sur quarante-sept infirmiers travaillant au sein des trois unités de soins intensifs répondant aux critères de sélection. Malgré une saturation des données obtenue à travers cet échantillon, les résultats obtenus ne peuvent être généralisés à une population plus large, puisqu'il est probable que les infirmiers ayant participé à cette recherche soient plus sensibles à ce sujet, c'est-à-dire qu'ils ressentent davantage une perception positive quant à ce « tour de soins continus ». En effet, tous les candidats interrogés se disent satisfaits de cette démarche palliative au sein de leurs unités de soins intensifs, mais il se pourrait que des personnes ne partageant pas cet avis ne se soient pas manifestées pour participer à l'étude, avec la contrainte que peut représenter une interview pour partager une opinion divergente, où il peut être difficile d'exprimer « librement » son ressenti face à son interlocuteur et collègue de surcroît. Néanmoins, cet échantillon est pertinent grâce à la diversité de ses répondants, puisque des jeunes soignants ont été interrogés (deux années d'ancienneté au minimum) mais aussi des personnes très expérimentées (vingt-huit années d'expérience en USI du CHRSM). On retrouve aussi une grande variabilité dans les fonctions complémentaires aux soins intensifs et parcours professionnels antérieurs des participants, notamment où cinq d'entre eux ont travaillé en USI d'un autre hôpital, permettant une richesse supplémentaire dans leur partage d'expérience.

Même si l'auteure de cette recherche a tenté de rester la plus neutre possible durant cette étude, le fait qu'elle travaille elle-même aux soins intensifs du CHRSM a potentiellement eu une influence durant les entretiens, puis lors de l'analyse des résultats. En effet, il est possible que l'interprétation des données ait parfois manqué d'objectivité, du fait que cette démarche l'impacte elle-même dans sa vie professionnelle. Néanmoins, le fait de travailler auprès des personnes interrogées a représenté une force dans ce travail : la réactivité des soignants suite à la diffusion de l'annonce de recherche de participants, la flexibilité de ces mêmes personnes pour trouver un moment à consacrer à cet échange, mais aussi la confiance envers la mémorante, permettant de récolter des confidences profondes et personnelles qui ont enrichi cette étude.

La subjectivité de certaines questions basées sur la satisfaction ou le sens au travail, en lien avec cette démarche palliative interdisciplinaire, peuvent amener à des réponses variables à cause d'éléments externes à la démarche, comme la charge de travail, les relations interpersonnelles, etc. Aussi, d'autres éléments liés à l'institution hospitalière (comme l'engagement de psychologues supplémentaires au cours de ces derniers mois), concomitant avec cette démarche de concertation interpersonnelle, peut expliquer l'amélioration de la démarche de soins des patients et de leur famille au sein de ce service étudié, mais sans pour autant être directement lié au « tour de soins continus ». Enfin, certaines questions faisaient appel à la mémoire des participants durant l'entretien, pouvant apporter également de la subjectivité dans les réponses. En effet, il a été demandé aux participants d'expliquer leur ressenti par rapport à cette démarche, en comparant avec « l'avant » mise en place, mais aussi « depuis le début », afin de comprendre l'évolution de leur perception sur la satisfaction et le sens qu'ils donnent à leur travail, par rapport au « tour de soins continus ». Ces explications peuvent comporter des limites, liées à la difficulté éventuelle de se souvenir de certains éléments de réponse.

Pour terminer, cette recherche étant liée au contexte particulier d'un service de soins intensifs, il est possible que l'instauration de ce même type de concertation interdisciplinaire n'ait pas le même impact auprès des soignants d'une autre institution. En effet, la spécificité de l'environnement de cette recherche ne pourra pas être reproduite à l'identique ailleurs, notamment par la singularité des acteurs participant à cette concertation pluridisciplinaire, provoquant un manque éventuel de reproductibilité des résultats obtenus à travers cette étude.

Conclusion

Le but de cette recherche était de comprendre l'impact d'une concertation interprofessionnelle palliative aux soins intensifs, sur le sens et la satisfaction au travail des infirmiers, en analysant ce phénomène auprès d'infirmiers travaillant aux soins intensifs du CHRSM site Meuse. En effet, ce « tour de soins continus », réalisé de façon hebdomadaire, semble être une démarche atypique dans un service de soins intensifs en Belgique. Dans le contexte actuel de pénurie de personnel infirmier - lié à une difficulté à l'embauche et à une fuite du personnel en poste (Van den Heede, et al., 2022) - il est intéressant d'analyser les représentations des infirmiers travaillant en USI, sur cette approche palliative au sein de leur service, afin de percevoir les répercussions de cette démarche sur leur satisfaction et leur sens au travail.

L'analyse de la littérature sur le sujet montre l'intérêt d'intégrer une démarche palliative aux soins intensifs, puisque cela améliore la prise en charge globale des patients et de leur famille, influençant la satisfaction au travail des soignants (Poi et al., 2023). En effet, il est prouvé qu'il existe un lien entre la qualité des soins et la qualité de vie au travail (Kornig et al., 2018). D'ailleurs, les soins palliatifs ont parmi leurs objectifs d'optimiser la qualité de vie et le bien-être du patient, de sa famille, et par conséquent des soignants (Radbruch et al., 2020).

Afin de mieux comprendre l'objet de cette recherche, une analyse qualitative a été effectuée auprès de douze infirmiers travaillant aux soins intensifs au CHRSM. En effet, depuis février 2023, une concertation interprofessionnelle a lieu de façon hebdomadaire dans ce service entre des soignants des soins intensifs - dont certains ont une formation complémentaire en soins palliatifs - et l'équipe mobile de soins palliatifs, s'apparentant à « l'approche mixte » des soins palliatifs en USI (Curtis et al., 2022). Le but ce « tour de soins continus » est d'identifier au mieux les besoins des patients séjournant aux soins intensifs, notamment en élaborant une démarche palliative à ceux répondant positivement à l'échelle PICT, en tenant compte des souhaits du patient, de ses perspectives d'évolution, puis de mettre en place des actions pour optimiser sa prise en charge.

Au regard des entretiens réalisés, le ressenti global des soignants interrogés est très positif. En effet, ceux-ci évoquent une amélioration de la communication et de la collaboration interdisciplinaire et interpersonnelle depuis la mise en place de cette démarche, facilitant également le contact avec le patient et ses proches. En effet, cette concertation pluridisciplinaire

rend les prises en charge plus cohérentes et respectueuses des souhaits des patients, évitant « l'acharnement thérapeutique » selon ces infirmiers, assurant également plus de clarté et de continuité dans les soins, ce qui est porteur de sens. L'avis des infirmiers semble également davantage pris en considération, quant à l'attitude thérapeutique à adopter par rapport au patient, renforçant la satisfaction dans leur travail. De plus, il semble y avoir une meilleure gestion de la souffrance psychologique, voire physique, depuis le début de cette démarche en USI. Ainsi, en développant une approche de soins centrée sur les besoins du patient, en élaborant un projet thérapeutique soucieux de la qualité de vie et du bien-être de ce dernier, les infirmiers interrogés trouvent plus de sens dans leur travail, dont la finalité de leurs actions est en cohérence avec les perspectives d'évolution du patient. Tous ces éléments mentionnés renforcent le sens et la satisfaction au travail des infirmiers travaillant aux soins intensifs du CHRSM site Meuse.

Cette recherche qualitative comporte néanmoins des limites, à prendre en considération pour l'interprétation de ces résultats. En effet, la généralisation des résultats est limitée, notamment à cause d'un biais potentiel de sélection des participants – où les infirmiers ayant plus d'affinités avec cette démarche de soins se sont portés volontaires pour être interrogés, là où d'autres infirmiers conviés avaient peut-être moins de satisfaction et ne se sont pas manifestés. Malgré cela, l'échantillon présente une grande variabilité en terme d'expérience des participants et de parcours professionnel, ce qui représente un atout dans cette recherche. Enfin, il peut y avoir un manque de reproductibilité de ces résultats dans un autre contexte, puisque cette démarche comporte des intervenants qui ont leur singularité, dans un environnement précis - celui de la collaboration entre des soignants des soins intensifs et de l'EMASC du CHRSM site Meuse.

Perspectives

Lors d'une recherche future, il serait intéressant d'interroger tous les infirmiers de ce service de soins intensifs du CHRSM, afin d'éviter le biais de sélection des participants dans l'échantillon et ainsi disposer de résultats représentatifs de toute cette population étudiée. Afin d'encourager tous ces infirmiers à participer, une solution semble être de diffuser un questionnaire avec des questions ouvertes, où les réponses seront anonymes, permettant de faciliter les confidences des éventuels infirmiers pour qui cette démarche n'apporterait pas de satisfaction au travail.

Une autre piste d'investigation serait d'interroger les médecins réanimateurs travaillant aux soins intensifs du CHRSM, grâce à une méthode de recherche qualitative, afin d'avoir leurs représentations et répercussions de cette concertation pluridisciplinaire. Dès lors, il serait intéressant de comparer leur ressenti face à cette démarche, avec celui des infirmiers interrogés, en utilisant un guide d'entretien similaire à celui utilisé dans le cadre de cette étude, afin de faciliter les comparaisons.

Enfin, il serait également pertinent d'interroger les patients hospitalisés aux soins intensifs du CHRSM et/ou leurs familles, afin de récolter leurs impressions sur la prise en charge pluridisciplinaire qui leur est proposée au sein de ce service, puis de confronter leurs témoignages avec ce qui est décrit dans la littérature. En effet, selon les infirmiers interrogés, cette démarche de soins semble améliorer l'expérience du patient et ses proches aux soins intensifs ; il serait dès lors judicieux d'avoir l'avis de ces principaux intéressés, dans cette démarche qui peut également être une mesure de prévention contre le syndrome post-soins intensifs.

Bibliographie

Articles scientifiques :

Alshehri, H.H., Wolf, A., Öhlén, J., Olausson, S., 2022. Healthcare Professionals' Perspective on Palliative Care in Intensive Care Settings: An Interpretive Descriptive Study. *Glob. Qual. Nurs. Res.* 9, DOI : [10.1177/23333936221138077](https://doi.org/10.1177/23333936221138077)

Boev, C., Tydings, D., Critchlow, C., 2022. A qualitative exploration of nurse-physician collaboration in intensive care units. *Intensive Crit. Care Nurs.* 70, DOI : [10.1016/j.iccn.2022.103218](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103218)

Boles, P.J.-M., Jousset, D., 2011. Parcours de la vulnérabilité en réanimation adulte: Dimensions cliniques et enjeux philosophiques. *Laennec* 59, 42. DOI : [10.3917/lae.112.0042](https://doi.org/10.3917/lae.112.0042)

Bruyneel, A., Larcin, L., Tack, J., Van Den Bulcke, J., Pirson, M., 2022. Association between nursing cost and patient outcomes in intensive care units: A retrospective cohort study of Belgian hospitals. *Intensive Crit. Care Nurs.* 73, 103296. DOI : [10.1016/j.iccn.2022.103296](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103296)

Carson, S.S., Cox, C.E., Wallenstein, S., Hanson, L.C., Danis, M., Tulskey, J.A., Chai, E., Nelson, J.E., 2016. Effect of Palliative Care–Led Meetings for Families of Patients With Chronic Critical Illness. *JAMA* 316, 51–62. DOI : [10.1001/jama.2016.8474](https://doi.org/10.1001/jama.2016.8474)

Chahraoui, K., Bioy, A., Cras, E., Gilles, F., Laurent, A., Valache, B., Quenot, J.-P., 2011. Vécu psychologique des soignants en réanimation : une étude exploratoire et qualitative. *Ann. Fr. Anesth. Réanimation* 30, 342–348. DOI : [10.1016/j.annfar.2011.01.020](https://doi.org/10.1016/j.annfar.2011.01.020)

Chan, Z.C.Y., Tam, W.S., Lung, M.K.Y., Wong, W.Y., Chau, C.W., 2013. A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave: *Literature review of nurse shortage and intention to leave*. *J. Nurs. Manag.* 21, 605–613. DOI : [10.1111/j.1365-2834.2012.01437.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01437.x)

Courtright, K.R., Benoit, D.D., Curtis, J.R., 2019. Focus on ethics and palliative care in the intensive care unit. *Intensive Care Med.* 45, 885–886. DOI : [10.1007/s00134-019-05602-4](https://doi.org/10.1007/s00134-019-05602-4)

Curtis, J.R., Higginson, I., White, D.B., 2022. Integrating palliative care into the ICU: a lasting and developing legacy. *Intensive Care Med* 48, 939–942. DOI : [10.1007/s00134-022-06729-7](https://doi.org/10.1007/s00134-022-06729-7)

Curtis, J.R., Vincent, J.-L., 2010. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *Lancet Lond. Engl.* 376, 1347–1353. DOI : [10.1016/S0140-6736\(10\)60143-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60143-2)

De Bonnières, A., Estryng-Behar, M., Lassaunière, J.-M., 2010. Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et infirmières de soins palliatifs. *Médecine Palliat. Soins Support - Accompagnement - Éthique* 9, 167–176. DOI : [10.1016/j.medpal.2010.02.002](https://doi.org/10.1016/j.medpal.2010.02.002)

Effendy, C., Yodang, Y., Amalia, S., Rochmawati, E., 2022. Barriers and facilitators in the provision of palliative care in adult intensive care units: a scoping review. *Acute Crit. Care* 37, 516–526. DOI : DOI : [10.4266/acc.2022.00745](https://doi.org/10.4266/acc.2022.00745)

Elst, S., Friedel, M., 2023. Organisation des soins palliatifs intégrés en Belgique. *Médecine Palliat.* S1636652223000934. DOI : [10.1016/j.medpal.2023.09.004](https://doi.org/10.1016/j.medpal.2023.09.004)

Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F., Azoulay, E., 2007. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr. Opin. Crit. Care* 13, 482–488. DOI : [10.1097/MCC.0b013e3282efd28a](https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e3282efd28a)

- Estryn-Béhar, M., 2008. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Presses de l'EHESP. DOI : [10.3917/ehesp.stry.2008.01](https://doi.org/10.3917/ehesp.stry.2008.01)
- Fournier, A., Vangi, M.-A., Laurent, A., 2022. The quality of life at work of caregivers in intensive care DOI : [10.1016/j.oxy.2022.11.005](https://doi.org/10.1016/j.oxy.2022.11.005)
- Fumeaux, T., Wehrli, M., 2017. Does interprofessionality work in Swiss ICUs and should it be encouraged? Swiss Med. Wkly. 147, w14549. DOI : [10.4414/smw.2017.14549](https://doi.org/10.4414/smw.2017.14549)
- Galuska, L.A., Bursch, B., 2020. Meaning, Joy, and Critical Care Nurse Well-Being: A Call to Action. Crit. Care Nurs. Clin. North Am. 32, 349–367. DOI : [10.1016/j.cnc.2020.04.002](https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.04.002)
- Guay, D., Michaud, C., Mathieu, L., 2011. De « bons soins » palliatifs aux soins intensifs : une perspective infirmière. Rech. Soins Infirm. 105, 31–43. DOI : [10.3917/rsi.105.0031](https://doi.org/10.3917/rsi.105.0031)
- Hartjes, T.M., 2015. Making the Case for Palliative Care in Critical Care. Crit. Care Nurs. Clin. North Am. 27, 289–295. DOI : [10.1016/j.cnc.2015.05.004](https://doi.org/10.1016/j.cnc.2015.05.004)
- Hov, R., Hedelin, B., Athlin, E., 2007. Being an intensive care nurse related to questions of withholding or withdrawing curative treatment. J. Clin. Nurs. 16, 203–211. DOI : [10.1111/j.1365-2702.2006.01427.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01427.x)
- Imbert, G., 2010. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers, 102, 23-34. DOI : [10.3917/rsi.102.0023](https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023)
- Lanfroy, A., De Amarin, C., Touyère, D., Crozes, F., 2019. Le « mieux vivre la réanimation » chez les soignants. Rev. Francoph. Int. Rech. Infirm. 5, e93–e105. DOI : [10.1016/j.refiri.2019.02.002](https://doi.org/10.1016/j.refiri.2019.02.002)
- Lanken, P., Terry, P., Delisser, H., Fahy, B., Hansen-Flaschen, J., Heffner, J., Levy, M., Mularski, R., Osborne, M., Prendergast, T., Rucker, G., Sibbald, W., Wilfond, B., Yankaskas, J., 2008. Groupe de travail sur les soins de fin de vie de l'ATS. Un énoncé officiel de politique clinique de l'American Thoracic Society : soins palliatifs pour les patients atteints de maladies respiratoires et de maladies graves. Am J Respir Crit Care Med. 177 : 912 DOI : [10.1164/rccm.200605-587ST](https://doi.org/10.1164/rccm.200605-587ST)
- Loriol, M., 2018. Le sens du travail infirmier, une construction collective fragile. Rev. Infirm. 67, 18–19. DOI : [10.1016/j.revinf.2017.11.022](https://doi.org/10.1016/j.revinf.2017.11.022)
- Louche, C., Bartolotti, C., Papet, J., 2006. Motivation intrinsèque et présentation de soi à différentes instances dans une organisation. Bull. Psychol. Numéro 484, 351–357. DOI : [10.3917/bupsy.484.0351](https://doi.org/10.3917/bupsy.484.0351)
- Maunz, L.A., Glaser, J., 2024. Longitudinal dynamics of psychological need satisfaction, meaning in work, and burnout. J. Vocat. Behav. 150, 103971. DOI : [10.1016/j.jvb.2024.103971](https://doi.org/10.1016/j.jvb.2024.103971)
- Mebazaa, A., Casadio, M.C., Azoulay, E., Guidet, B., Jaber, S., Levy, B., Payen, D., Vicaut, E., Resche-Rigon, M., Gayat, E., 2015. Post-ICU discharge and outcome: rationale and methods of the The French and euROpean Outcome reGistry in Intensive Care Units (FROG-ICU) observational study. BMC Anesthesiol. 15, 143. DOI : [10.1186/s12871-015-0129-2](https://doi.org/10.1186/s12871-015-0129-2)
- Mercadante, S., Gregoretti, C., Cortegiani, A., 2018. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. BMC Anesthesiol. 18, 106. DOI : [10.1186/s12871-018-0574-9](https://doi.org/10.1186/s12871-018-0574-9)
- Morin, E.M., 2010. La santé mentale au travail : une question de gros bon sens: Gestion Vol. 35, 34–40. DOI : [10.3917/riges.353.0034](https://doi.org/10.3917/riges.353.0034)
- Murali, K.P., Fonseca, L.D., Blinderman, C.D., White, D.B., Hua, M., 2022. Clinicians' views on the use of triggers for specialist palliative care in the ICU: A qualitative secondary analysis. J. Crit. Care 71, 154054. DOI : [10.1016/j.jcrc.2022.154054](https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2022.154054)

- Perrier, A., 2005. Collaboration infirmières médecins : un déterminant de la qualité des soins ? Rev Med Suisse. 42 DOI : [10.53738/REVMED.2005.1.42.2742](https://doi.org/10.53738/REVMED.2005.1.42.2742)
- Piers, R.D., Azoulay, E., Ricou, B., 2011. Perceptions of Appropriateness of Care Among European and Israeli Intensive Care Unit Nurses and Physicians. JAMA 306, 2694. DOI : [10.1001/jama.2011.1888](https://doi.org/10.1001/jama.2011.1888)
- Poi, C.H., Khoo, H.S., Ang, S.-L., Koh, M.Y.H., Hum, A.Y.M., 2023. Palliative care integration in the intensive care unit: healthcare professionals' perspectives – a qualitative study. BMJ Support. Palliat. Care *bmjspcare-2022-003789*. DOI : [10.1136/spcare-2022-003789](https://doi.org/10.1136/spcare-2022-003789)
- Polomeni, A., 2015. La question du sens au travail en institution hospitalière. Psycho-Oncol. 9, 19–25. DOI : [10.1007/s11839-015-0501-y](https://doi.org/10.1007/s11839-015-0501-y)
- Poncet, M.C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.-F., Pochard, F., Chevret, S., Schlemmer, B., Azoulay, É., 2007. Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 175, 698–704. DOI : [10.1164/rccm.200606-806OC](https://doi.org/10.1164/rccm.200606-806OC)
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E.C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., Gomez-Garcia, W., Harding, R., Khan, Q.T., Larkin, P., Leng, M., Luyirika, E., Marston, J., Moine, S., Osman, H., Pettus, K., Puchalski, C., Rajagopal, M.R., Spence, D., Spruijt, O., Venkateswaran, C., Wee, B., Woodruff, R., Yong, J., Pastrana, T., 2020. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. J. Pain Symptom Manage. 60, 754–764. DOI : [10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027)
- Ricou, B., Merlani, P., 2012. Burnout aux soins intensifs. Rev Med Suisse 366, 2400–2404.
- Schmalenberg, C., Kramer, M., 2008. Essentials of a productive nurse work environment. Nurs. Res. 57, 2–13. DOI : [10.1097/01.NNR.0000280657.04008.2a](https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000280657.04008.2a)
- Sebai, J., Yatim, F., 2018. Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe. Santé Publique 30, 517–526. DOI : [10.3917/spub.185.0517](https://doi.org/10.3917/spub.185.0517)
- Van den Heede Koen, Bouckaert Nicolas, Detollenaere Jens, Kohn Laurence, Maertens de Noordhout Charline, Vanhooreweghe Julie, Bruyneel Arnaud, Sermeus Walter. Dotation infirmière dans les soins intensifs belges: impact de deux ans de pandémie de COVID-19. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2022. KCE Reports 353B. DOI : [10.57598/R353BS](https://doi.org/10.57598/R353BS)

Revues médicales / scientifiques :

- Gardaz, V., Doll, S., Ricou, B., 2011. Accompagnement de fin de vie aux soins intensifs. Rev. Médicale Suisse. 7, 2440-2443
- Guay, D., Michaud, C., Mathieu, L., 2019. Intégration de l'approche palliative à l'unité de soins intensifs (USI) : étude qualitative des besoins et solutions de l'équipe. L'infirmière clinicienne Vol 16.
- Kornig, C., Levet, P., Ghadi, V., 2018. La qualité de vie au travail et les déterminants de la qualité des soins | Risques & qualité. Risques Qual. XV, 10–16.
- Serre, C., Barthelemy, N., 2021. Comment reconnaître un patient en situation palliative ? Rev Med Liege 76, 879–883.

Rapports :

Asmar, M.K., Wacheux, F., 2007. Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle: cas d'un hôpital universitaire. Conférence Internationale en Management, Beyrouth, Liban. pp.57-75.
<https://shs.hal.science/halshs-00170357>

Champagne, E., Gaudreault, F., 2019. Etude sur la collaboration interprofessionnelle et interordres au Québec. Centre d'études en gouvernance Cahier de recherche No. 01/19/FR Disponible sur :
<https://ruor.uottawa.ca/server/api/core/bitstreams/9068de72-2f40-4e4d-be5f-f96cfdcb0b4e/content>

D'Amour, D., 1998. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. *Interactions* 2, 351.

Desmedt, M., 2016. Identification du patient palliatif & attribution d'un statut lié à la sévérité des besoins : de l'usage d'un nouvel outil, le PICT. Etude Pour Plateforme Fédérale d'évaluation des Soins Palliatifs. Disponible sur : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/document/s/rapport_etude_spf_11-2015.pdf

Girard, M.-A., Régis, C., 2020. La collaboration interprofessionnelle : une pratique complexe dans un environnement juridique tout aussi complexe. *J. Droit Santé Assur. Mal.* 25. ffhal-04107472
Disponible sur : <https://hal.science/hal-04107472/document>

Godeau, H.-P., 2019. Faire face à une perte de sens au travail : un enjeu majeur pour beaucoup de soignants. Disponible sur :
https://sfap.org/system/files/faire_face_a_une_perte_de_sens_au_travail_0.pdf

Morin, E., Aranha, F., 2008. Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel. IRSTT Santé Psychol. Études et recherches. Disponible sur :
<https://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-543.pdf>

Morin, E., Gagné, C., Cherré, B., 2009. Donner un sens au travail Promouvoir le bien-être psychologique. *Prév. Au Trav., IRST R-624*
Disponible sur : <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-624.pdf?v=2024-07-30>

Sites internet :

Echelle d'identification du patient palliatif – PICT
Disponible sur : www.soinspalliatifs.be/images/pdf/pict.pdf

Fédération Wallonne de Soins Palliatifs (s.d.) *Les soins palliatifs en Belgique*. Portail des soins palliatifs en Wallonie. [consulté le 18 septembre 2023]
Disponible sur : <https://www.soinspalliatifs.be/les-soins-palliatifs-en-belgique.html>

Lemaitre (2024) Intégration des soins palliatifs dans une unité de soins intensifs : impact sur les aidants. Disponible sur : https://posters.isicem.org/poster.asp?doc=P266&subcat=C03_0

Vitry, A., 2022. Redonner du sens au travail : levier essentiel pour fidéliser les professionnels de santé – Forvis Mazars - France. Mazars Santé. [consulté le 29 novembre 2023]
<https://www.forvismazars.com/fr/fr/insights/publications-et-evenements/avis-d-experts/sante-redonner-du-sens-au-travail-pour-fideliser>

WHO, 08.2020. Soins palliatifs [consulté le 26 novembre 2023] www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/palliative-care

WHO, 2010. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. World Health Organ. [consulté le 10 décembre 2023] www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice

Articles de loi :

Belgique. Ministère de la Santé Publique, (1987) Arrêté royal relatif à la loi sur les hôpitaux, applicables à la fonction de soins intensifs [Article 2], M.B., 7 août 1987, modifié par la loi du 19 juin 1998 [consulté le 22 novembre 2023]

Disponible sur : <https://wallex.wallonie.be/eli/arrete/1998/04/27/1998022350/1998/06/29?doc=8708&rev=7840-216&from=rss>

Belgique. Conseil national de l'Ordre des médecins, (2003) Avis relatif aux soins palliatifs, à l'euthanasie et à d'autres décisions médicales concernant la fin de vie, Doc a100006 [consulté le 23 novembre 2023]

Disponible sur : <https://ordomedic.be/fr/avis/deontologie/consentement-eclair/avis-relatif-aux-soins-palliatifs-a-l-euthanasie-et-a-d-autres-decisions-medicales-concernant-la-fin-de-vie>

Belgique. Ministère de la Santé Publique, (2002) Loi relative aux droits du patient [Article 7, 8, 14], M.B., 26.09.2002 [consulté le 23 novembre 2023]

Disponible sur : https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2002/09/26_2.pdf#Page22

Comité consultatif de Bioéthique de Belgique relatif au consentement éclairé et aux Codes « D.N.R », Avis n° 41 du 16 avril 2007 [consulté de 22 novembre 2023] Disponible sur :

<https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-41-consentement-eclair-et-codes-dnr#article>

Belgique. 10 novembre 1967 - Arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, Chapitre premier ter L'exercice de l'art infirmier [Article 21], [consulté de 28 novembre 2023]

Disponible sur : <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/9/9497/1.html?doc=8789>

Belgique. Service fédéral santé publique (2018) Arrêté royal fixant les critères pour identifier un patient palliatif M.B. 21.10.2018 [C – 2018/14701], [consulté le 22 septembre 2023] Disponible sur :

https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2018/11/20_2.pdf#page=249

Cours :

Aujoulat, I., 2023-2024. Introduction aux méthodes qualitatives en Santé Publique. UCL, Bruxelles.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Avant de débiter : Se présenter - expliquer le contexte de cet entretien - remercier le participant - expliquer le déroulement de l'entretien - garantir l'anonymat des réponses - demander l'accord pour enregistrer – demander de compléter le questionnaire « profil du répondant ».

En février 2023, un « tour de soins continus » a débuté aux soins intensifs du CHRSM.

- 1) Que pouvez-vous me dire sur ce « tour de soins continus » ?
 - *Selon vous, quel est le **but** de cette démarche ?*
Ce but est-il atteint ?
 - *Comment cette démarche **impacte-t-elle votre travail** ?*

- 2) Trouvez-vous une **utilité** à ce « tour de soins continus » ?
 - *Expliquez **pourquoi** cette démarche est utile, ou non ?*
 - *Expliquez **pour qui** cette démarche est utile, ou non ?*

- 3) Dans cette démarche, que pensez-vous de la **coopération entre des professionnels de différentes disciplines** ?

- 4) Quel est votre ressenti par rapport à la **communication** liée au « tour de soins continus » ?

Répercussions du tour sur la prise en charge des différents publics

- 5) Selon vous, est-ce que ce tour a induit des **changements** au niveau de la **prise en charge de patients** dans l'unité ? Expliquez-moi.
 - *Avez-vous l'impression que le tour a une influence différente sur la prise en charge des patients en situation palliative (par rapport aux autres patients dits « non palliatifs ») ?*

- 6) Avez-vous constaté des **changements** suite à ce tour dans la manière de prendre en charge la **famille** et les proches des patients ? Expliquez pourquoi.
- *Si oui, quels sont ces changements pour les familles de patients en situation palliative ou non ?*

Répercussions du tour sur le travail de l'infirmier.ière

- 7) Comment cette démarche impacte-t-elle **les valeurs et les représentations** que vous avez par rapport à **votre travail** ?
- *Cette démarche est-elle en **accord** avec les valeurs et représentations que vous avez de votre travail ? Expliquez pourquoi.*
- 8) Comment cette démarche impacte-t-elle **vos attentes liées à votre travail** ?
- *Cette démarche est-elle en **accord** avec vos attentes liées à votre travail ? Expliquez pourquoi.*
- 9) Quel est l'impact de la démarche sur le **sens** que vous donnez à votre **travail** ?
- *Est-ce que cet avis que vous me donnez a **évolué/fluctué** depuis que le tour a été mis en place dans l'unité ?*
- 10) Avez-vous des suggestions pour améliorer le « tour de soins continus » ?

A la fin : Remercier le répondant – proposer à la personne de recevoir les résultats de cette recherche.

Profil du répondant

Afin d'enrichir ma recherche, j'ai besoin de quelques petites informations sur vous et votre parcours professionnel. Vos réponses seront confidentielles et uniquement traitées dans l'intérêt de mon mémoire.

Pouvez-vous compléter ce petit questionnaire ?

Un tout grand merci,

Marion

- Quel est votre fonction actuelle aux soins intensifs ?

- Quelles études avez-vous réalisées ?

- Quel est votre parcours professionnel ?

- Quel âge avez-vous ?

- Nombre d'années d'expérience aux soins intensifs en général ?

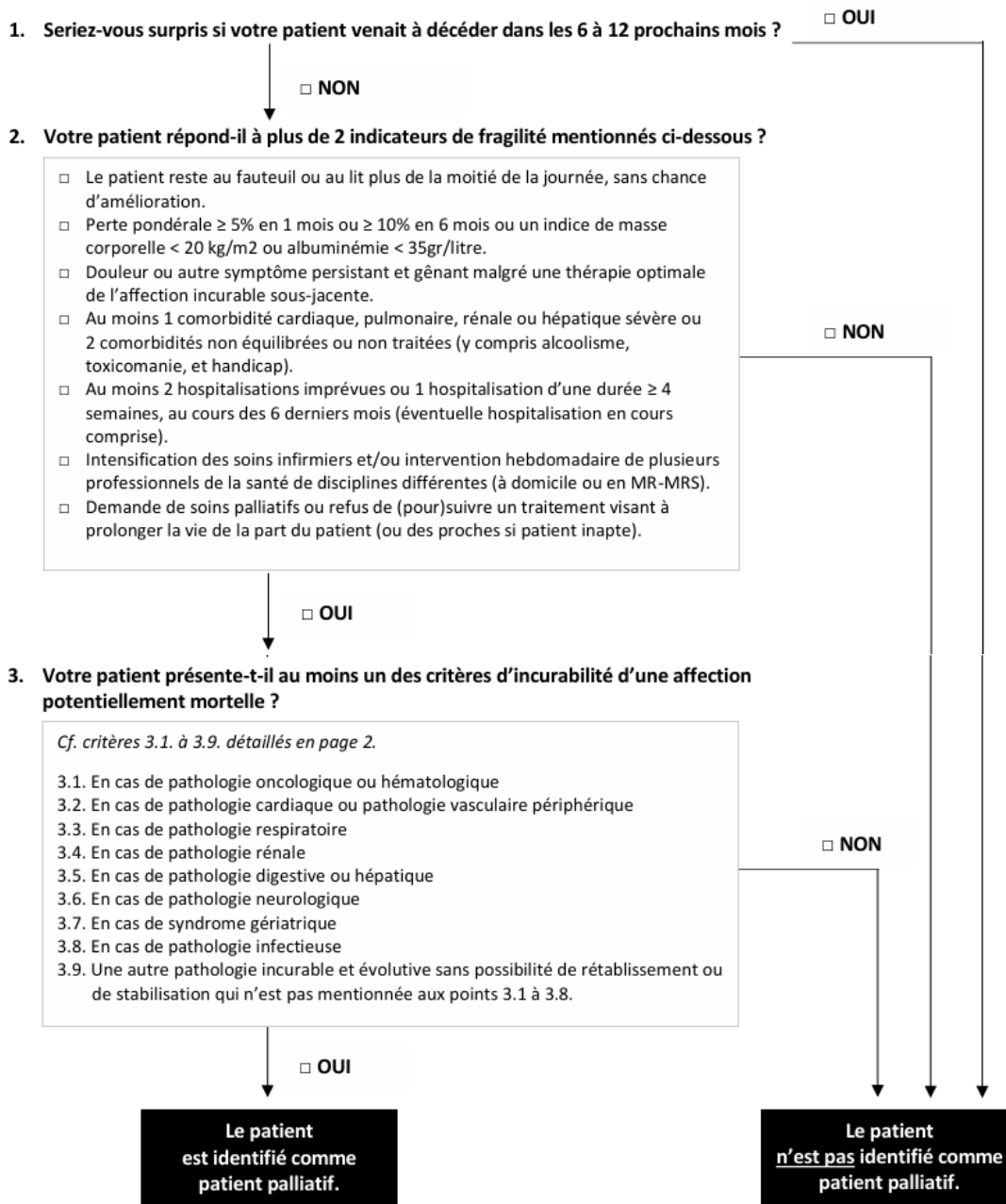
- Nombre d'années d'expérience aux soins intensifs du CHRSM ?

- Votre temps de travail actuel aux soins intensifs ?

Annexe 2 : L'échelle PICT

L'échelle PICT (Palliative Care Indicators Tool) est un outil qui permet d'identifier précocement les patients qui peuvent bénéficier d'une prise en charge palliative (Elst and Friedel, 2023). Paru dans le *Moniteur Belge* (AR du 21 octobre 2018), cet outil fait appel à l'intuition du médecin, en commençant par la question suivante : « Seriez-vous surpris si votre patient venait à décéder dans les 6 à 12 prochains mois ? ». Si la réponse à cette question est « Non », alors le soignant peut passer à l'étape suivante, qui permet de voir les « indicateurs de fragilité », puis les « critères d'incurabilité ». Lorsque que le patient est identifié comme palliatif, il est alors recommandé d'établir un plan de soins appropriés, en concertation interdisciplinaire et avec le patient lui-même, ou sa famille dans le cas où il ne peut s'exprimer (Desmedt, 2016).

Cette échelle trouve son intérêt avant qu'un épisode aigu ne se déclare chez le patient souffrant de maladie chronique. En effet, il peut être difficile pour un soignant - non impliqué dans un suivi continu de la personne souffrante - de prendre des décisions adéquates, dans un temps parfois limité, pour que le patient en retire un bénéfice et surtout lui éviter tout inconfort injustifié. Ainsi, l'outil PICT peut simplifier la communication entre les professionnels de la santé, favoriser une discussion précoce sur la planification anticipée des soins et in fine garantir aux patients un accès opportun aux soins palliatifs (Serre and Barthelemy, 2021).



Dans le cas où votre patient est identifié comme palliatif, les fédérations belges de soins palliatifs vous encouragent à **définir un plan de soins et un ACP (« Advanced Care Planning »)***, avec votre patient et en concertation interdisciplinaire.
*www.soinspalliatifs.be/ACP.html



Tableau 3 : Echelle d'identification du patient palliatif – PICT (1/2)

source : <https://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/pict.pdf>

Critères d'incurabilité d'une affection potentiellement mortelle.

3.1. En cas de pathologie oncologique ou hématologique :

- Déclin fonctionnel lié à l'évolution tumorale ou à une complication médicale ou chirurgicale
- Refus ou contre-indication à poursuivre un traitement oncologique, ou poursuite du traitement à visée purement symptomatique
- Syndrome myélodysplasique à haut risque de transformation leucémique avec contre-indication à la greffe médullaire ou syndrome myélodysplasique compliqué d'une neutropénie ou d'une thrombopénie sévère et persistante.

3.2. En cas de pathologie cardiaque ou pathologie vasculaire périphérique :

- Insuffisance cardiaque NYHA IV ou maladie des coronaires étendue et non traitable, accompagnée de symptômes présents au repos et aggravés au moindre effort
- Maladie vasculaire périphérique sévère et inopérable.

3.3. En cas de pathologie respiratoire :

- Maladie respiratoire chronique sévère et accompagnée d'une dyspnée au repos ou au moindre effort entre les périodes d'exacerbation
- Besoin d'une oxygénothérapie au long cours, ou d'une ventilation (invasive ou non invasive), ou contre-indication à ces traitements.

3.4. En cas de pathologie rénale :

- Maladie rénale chronique de stade 4 ou 5 (ou FG < 30ml/min), traitée ou non par dialyse et accompagnée d'une détérioration de l'état de santé
- Contre-indication, arrêt ou refus de dialyse
- Insuffisance rénale aiguë compliquant une maladie incurable ou un traitement chez un malade dont le pronostic de vie est limité.

3.5. En cas de pathologie digestive ou hépatique :

- Cirrhose grave décompensée avec échec du traitement médical et contre-indication à la transplantation hépatique
- Hémorragie, occlusion ou perforation du tube digestif d'origine non néoplasique avec échec ou contre-indication à un traitement médical et/ou chirurgical.

3.6. En cas de pathologie neurologique :

- Altération irréversible et sévère des capacités fonctionnelles et / ou cognitives et / ou de l'état de conscience, malgré une thérapie optimale
- Dysarthrie progressive rendant la parole difficile à comprendre, ou dysphagie irréversible et responsable de pneumonies d'aspiration récurrentes.

3.7. En cas de syndrome gériatrique :

- Incapacité de se déplacer, de s'habiller, de se laver et de manger sans l'assistance d'un tiers associé avec au moins un des six critères suivants :
 - Incontinence urinaire et fécale
 - Refus alimentaire et/ou refus de soins persistant
 - Perte définitive de l'appétit, ou perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois, ou indice de masse corporelle < 18, ou albuminémie < 30gr/litre
 - Incapacité à parler, à communiquer et à reconnaître ses proches
 - Antécédents de chutes répétées ou d'une chute compliquée
 - Dysphagie irréversible et pneumonies d'aspiration récidivantes.

3.8. En cas de pathologie infectieuse :

- une infection ne répond pas aux traitements.

3.9. Une autre pathologie incurable et évolutive sans possibilité de rétablissement ou de stabilisation qui n'est pas mentionnée aux points 3.1 à 3.8.



Tableau 4 : Echelle d'identification du patient palliatif – PICT (2/2)

source : <https://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/pict.pdf>

Annexe 3 : Résultats du questionnaire réalisé en mai 2023

source : https://posters.isicem.org/poster.asp?doc=P266&subcat=C03_0

Integrating palliative care into an intensive care unit: impact on caregivers.

France Lemaître¹, Catherine Bielmair², Annik Denorme², Marion Dumort², Agnès Pire².

¹ICU, CHRSM, Namur, Belgium ²ICU, nurse department, CHRSM, Namur, Belgium.

Introduction : Adopting a palliative approach in intensive care allows for prioritizing interdisciplinary collaboration, where the patient is placed at the center of care, taking into their physical, relational, psychological, moral, social, and spiritual needs.

It also involves giving meaning to care for healthcare providers, avoiding moral distress and the risk of burnout associated with the administration of deemed inappropriate care.

Methods : We organize a weekly meeting with the ICU team and the palliative team.

We evaluated all the patients to define a therapeutic project adapted to each one¹.

We studied the impact of this program

- **on the caregivers** (5 MDs, 53 nurses, 2 physiotherapists, 1 social assistant)

- **on the ethical climate in the ICU.**

Results : 100% of the caregivers participated in the study and were required to respond with yes/no/less (Y/N/L) to questions about end-of-life.

Have you experienced	Before % (Y)	After 4 months % (Y/N/L)	Have you experienced	After 4 months % (Y/N/L)
Discomfort			Improvement in the sense of your work	
Global results	90	8.3 / 21.7 / 70	Global results	68.3 / 18.3 / 13.3
Doctors	60	0 / 60 / 40	Doctors	40 / 40 / 20
Nurses	92.5	9.4 / 18.9 / 71.7	Nurses	69.8 / 17 / 13.2
Physiotherapists	100	0 / 0 / 100	Physiotherapists	100 / 0 / 0
Difficulty in communication			Impact on decision-making	
Global results	78.7	13.6 / 30.5 / 55.9	Global results	95.1 / 4.9
Doctors	80	20 / 40 / 40	Doctors	60 / 40
Nurses	77.8	13.5 / 30.8 / 55.8	Nurses	98.1 / 1.9
Physiotherapists	100	0 / 0 / 100	Physiotherapists	100 / 0
Lack of consideration for future QOL			A project developed more quickly and effectively	
Global results	86.4	3.3 / 35 / 61.7	Global results	100
Doctors	40	0 / 80 / 20	Doctors	100
Nurses	90.6	3.8 / 30.2 / 66	Nurses	100
Physiotherapists	100	0 / 50 / 50	Physiotherapists	100
Loss of meaning in your work*				
Global results	78.7	11.7 / 38.3 / 50		
Doctors	40	20 / 80 / 0		
Nurses	81.5	11.3 / 35.8 / 52.8		
Nurses < 2 years of experience	66.6	20 / 30 / 50		
Physiotherapists	100	0 / 0 / 100		

It is noteworthy that the loss of meaning appears early among nurses. The perception of doctors differs from that of other caregivers. The panel notes in their comments that the meeting significantly enhances patient care; facilitates interdisciplinary dialogue and encourages doctors to be much more open to discussion yet it remains dependent on individual physicians; has a beneficial effect on patients, families, and caregivers; restores meaning to care.

Conclusions:

This approach allows for the development of a therapeutic project tailored to each patient, avoiding the initiation or continuation of unreasonable or futile treatments.

This has a positive impact on the ethical climate in the ICU and on the well-being of healthcare teams through improved communication and a reduction in the loss of meaning.

The investigation continues to assess if the results are confirmed at one-year, in which case, it would be relevant to extend this project to other intensive care units.

¹LEMAITRE F., Place of palliative care in intensive care. Example of methodology carried out at the CHRSM of Namur, *Revue Médicale de Bruxelles*, accepted, 2024.

